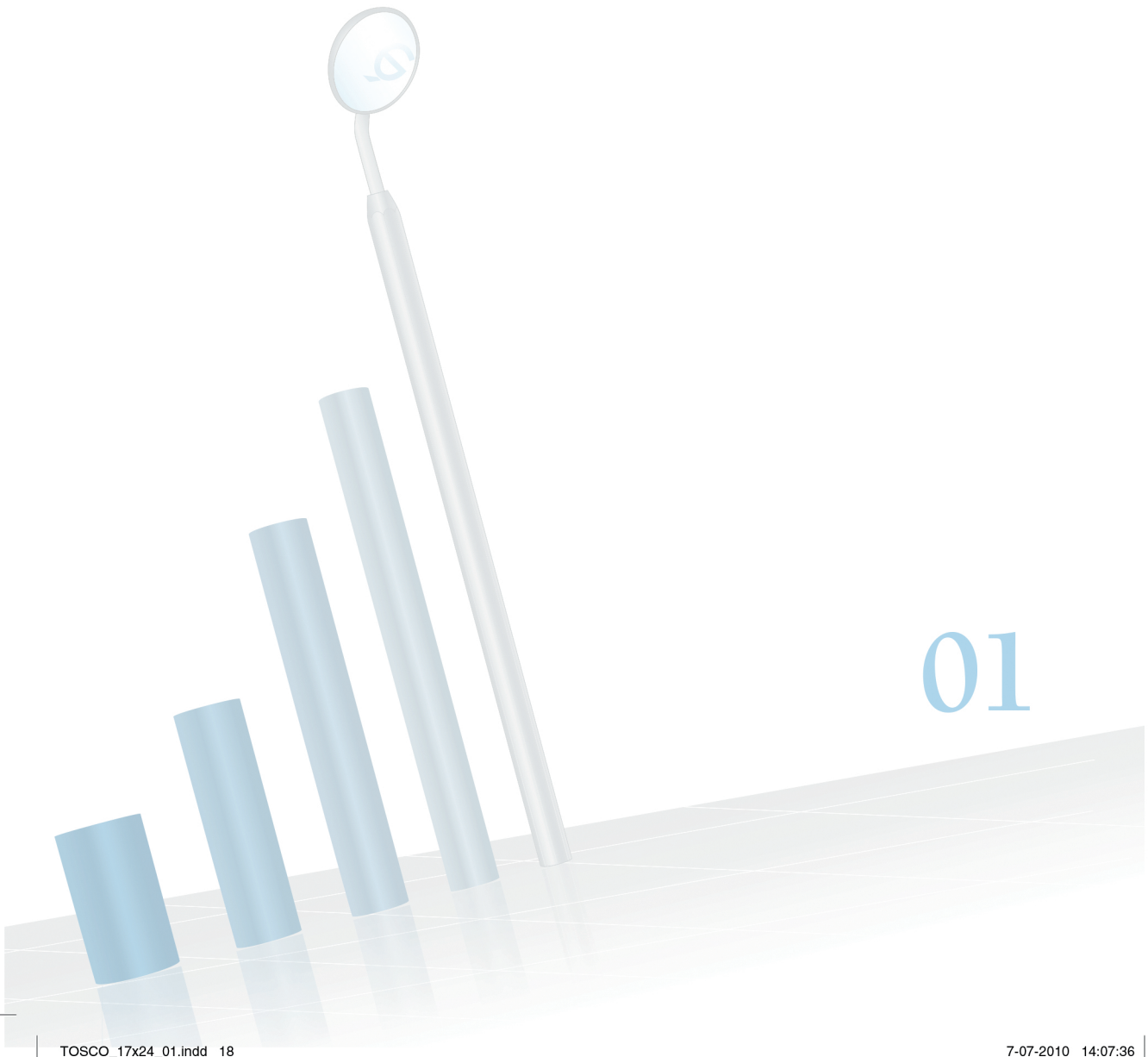
Lo Studio odontoiatrico è un'azienda



01

Premessa

Il medico dentista è un professionista che, per cultura e per abito professionale, è molto lontano da una visione imprenditoriale dell'attività che svolge. La deontologia e la preparazione universitaria esulano da logiche di equilibrio tra costi e ricavi e tra entrate e uscite, dalla gestione del personale, dalla corretta valutazione su modi e tempi di investimento in nuove tecnologie. Sul fronte imprenditoriale commette quindi errori sostanziali, sia in fase di avvio sia in quella di sviluppo. La conseguenza è che sovente questa attività, potenzialmente redditizia, produce risultati lontani da ciò che molti pensano, dentisti compresi.

Parlando in modo strettamente formale, si potrebbe dire che lo Studio odontoiatrico, nella tradizione del nostro Paese, è collocato nella sfera delle prestazioni erogate da un professionista che, a fronte di un intervento, rilascia regolare parcella come da parametri indicati dall'Ordine di categoria.

Nella realtà, chi decide di costruire un'attività odontoiatrica o, se già avviata, di continuare a gestirla e a svilupparla, ha tutti i problemi di un imprenditore[(1)]. Deve quindi occuparsi di reperire i fondi, individuare un mercato, gestire il personale, investire in attrezzature, organizzare la manutenzione e il magazzino, costruire e selezionare le relazioni con i fornitori, attivare gli incassi, formare e aggiornare i collaboratori e se stesso, seguire le richieste del mercato, controllare la concorrenza, comunicare con i clienti. E poi, di essere a norma con le attrezzature, rispettare le scadenze legislative, seguire l'amministrazione, pagare i dipendenti, occuparsi di orari di lavoro.

1. Efficacia ed efficienza

Il processo che – si ritiene – debba seguire lo Studio odontoiatrico per realizzare un adeguato livello di organizzazione, muove dall'attività svolta, ne razionalizza gli obiettivi, riorganizza su questa base il "Sistema-Azienda" necessario a raggiungerli, lo applica in modo efficace ed efficiente.

Per *efficace* si intende che risolve i problemi, per *efficiente* che li risolve con il massimo del ricavo a fronte del minimo costo necessario. Il risultato finale di questa azione è *l'ottimizzazione* dei processi e delle procedure.

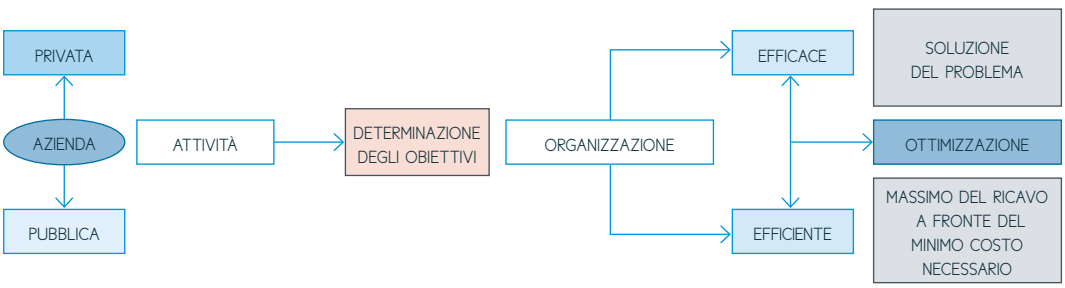


Fig. 1

TOSCO_17x24_01.indd 19 7-07-2010 14:07:37

2. Aspirazioni e obiettivi

La determinazione degli obiettivi aziendali è fondamentale per poter intraprendere una seria azione di organizzazione e di controllo di gestione. Spesso si confondono le *aspirazioni*, i *desideri* e le *speranze* con gli *obiettivi*. I primi termini sono ipotetici, l'ultimo è concreto. Un'azione aziendale si può organizzare solo attorno a realtà concrete. Ad esempio: «Io voglio fare il dentista» è una aspirazione che porta alla domanda: «Come faccio?». Invece, le affermazioni: «Io voglio fare il dentista in una certa città», «Io voglio un certo target di clienti», «Io voglio ricavare un utile aziendale di X», sono degli obiettivi concreti che permettono l'organizzazione.
Lo Studio odontoiatrico è quindi, anche se con modalità particolari, analizzato come un'azienda.

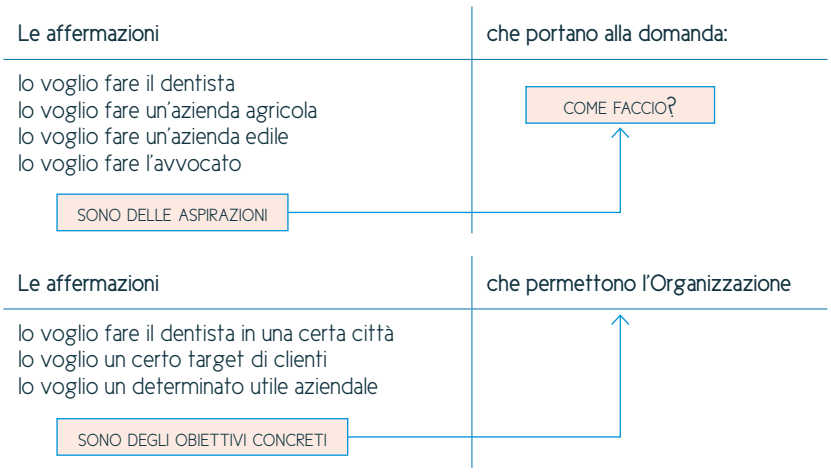

Le affermazioni
che portano alla domanda:
Io voglio fare il dentista
Io voglio fare un'azienda agricola
Io voglio fare un'azienda edile
Io voglio fare l'avvocato
COME FACCIO?
SONO DELLE ASPIRAZIONI
Le affermazioni
che permettono l'Organizzazione
Io voglio fare il dentista in una certa città
Io voglio un certo target di clienti
Io voglio un determinato utile aziendale
SONO DEGLI OBIETTIVI CONCRETI

Fig. 2

3. I momenti dell'azienda odontoiatrica

Un'azienda odontoiatrica, come molte altre tipologie aziendali, nasce nel momento in cui si ha l'espressione di un bisogno (Fig. 3, punto A) e qualcuno (l'imprenditore) che, disponendo di risorse e know-how (Fig. 3, punto B), ritiene di poterlo e/o volerlo soddisfare (Fig. 3, punto C) a fronte di una abilità professionale e/o di un ritorno economico interessanti.
Proviamo a descrivere i tre grandi ambiti indicati nella Figura 3.

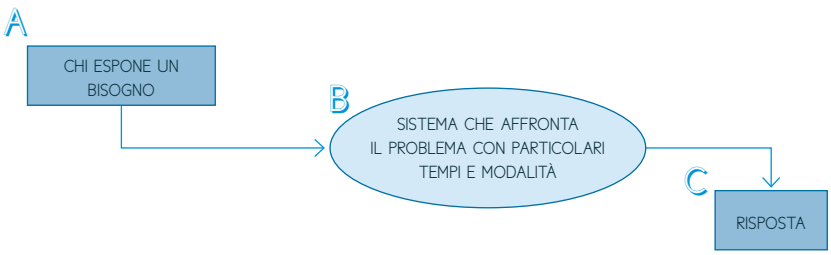


Fig. 3

TOSCO_17x24_01.indd 20 7-07-2010 14:07:37

3.1 Chi esprime il bisogno. Il bisogno che interessa l'azienda odontoiatrica, collocata nell'area dei paesi occidentali contemporanei, è espresso dall'universo degli abitanti. Non è un bisogno indotto, che deve essere creato e continuamente sollecitato dal marketing, ma è connesso con la stessa condizione esistenziale. Tutti gli esseri umani viventi, prima o poi, si rivolgono al dentista e, di conseguenza, ne giustificano e motivano l'esistenza professionale e aziendale.

Ognuno dei soggetti che compone questo universo possiede delle caratteristiche sue proprie, tali da farne ogni volta un *caso a sé*.

Le caratteristiche sono:

- è una persona *concreta*, non un soggetto *astratto*. È uomo o donna, di una certa età, inserito in una famiglia con o senza figli, magari single, con una scolarità determinata, con un lavoro specifico che si presume restituire un certo reddito, in cerca di occupazione o disoccupato, più o meno attento al suo corpo e al proprio benessere a cui destina un certo budget, con una particolare vita sociale ecc.;
- ha un bisogno *percepito*, altrimenti non andrebbe dal dentista. Ha un bisogno che può essere, di volta in volta, prevalentemente clinico (dolore o malformazione), psicologico (ad esempio estetico: non si piace come sorride) o professionale (legato alla professione o alla funzione aziendale che svolge). In ogni caso si aspetta che qualcuno gli risolva il problema o gli indichi una soluzione;
- si è recato dal dentista di sua *spontanea volontà*, non è stato indotto da sofisticate campagne pubblicitarie volte alla creazione e/o al mantenimento del bisogno e non si sono create in lui curiosità e aspettative che adesso devono essere provate. Vuole (anche inconsciamente) affidarsi alle capacità professionali dell'azienda in cui si trova[2];
- è disposto a mettere nelle mani dei *professionisti dell'azienda*, perché operano nell'ambito della salute e perché lo status sociale di medici glielo garantisce a priori, il bene più grande che ha e che sente: la sua salute e/o la sua immagine;
- sa che l'azione necessaria a rispondere al suo bisogno avrà un *costo*[3].

3.2 Il *sistema* per affrontare il problema. L'azienda odontoiatrica è un sistema, qualunque siano le sue dimensioni: dallo Studio monoprofessionale, con un medico e un'assistente *tuttofare*, alla clinica che tratta tutti gli ambiti specialistici, con decine di risorse umane di supporto, ai settori clinico e amministrativo.

TOSCO_17x24_01.indd 21 7-07-2010 14:07:37

Il sistema prevede che tutti i soggetti collocati al suo interno abbiano in comune l'obiettivo, il codice dei segni necessario per comunicare, la gerarchia delle funzioni, la capacità relazionale necessaria a *fare sinergia* con gli altri componenti, la professionalità specifica, i processi macro e micro, le procedure. Quanto detto vale sia in senso orizzontale (tra soggetti collocati allo stesso livello nel sistema, per esempio i medici tra loro, le risorse umane di supporto tra loro ecc.) sia in senso verticale (tra soggetti che svolgono funzioni in livelli diversi, es. il medico con le risorse umane di supporto)[4].

3.3 La risposta. Per certe tipologie di aziende, dal punto di vista strettamente operativo, il momento della *risposta* è la conclusione dell'intero ciclo. Ho bisogno di benzina per viaggiare, mi fermo al primo distributore, ottengo la *risposta*, pago e me ne vado[5].
Nell'azienda odontoiatrica, per il contenuto specifico del servizio erogato, la *risposta* (la conclusione della cura prefigurata – appunto – nel piano di cura) certamente è la conclusione dell'azione clinica specifica ma è anche, a sua volta, l'inizio di un altro servizio: il processo di mantenimento della salute orale acquisita.
Spesso il cliente non ha coscienza di questo bisogno. Mentre, nel momento del dolore, il cliente esprime un bisogno cosciente, quest'altro – successivo alla risposta – gli deve spesso essere indotto[6]. D'ora in poi l'azienda deve farsi parte attiva per indurre il cliente a mantenere il rapporto.
Deve quindi conoscere tutte le caratteristiche che il soggetto ha espresso solo parzialmente nell'indagine anagrafica, sentirne e analizzarne le valutazioni sulla qualità percepita, sia nell'ambito strettamente clinico e sia in quello metaclinico, deve trasmettere al cliente che ogni proposta di ulteriore intervento – piccolo o grande che sia – è originata dal dovere deontologico e non, ad esempio, da quello economico (è spesso il caso dell'igiene periodica), deve farsi carico *in toto* del cliente, compresa l'azione di ricordargli le scadenze in cui si deve presentare in azienda per i controlli periodici.
Il marketing, per ogni azienda che nasce per rispondere a un bisogno percepito – ed è, come visto finora, il caso dell'azienda odontoiatrica –, inizia il momento successivo alla risposta. Perché solo da questo istante il cliente passa dalla condizione di *cliente teorico* o di *cliente casuale* a quella di *cliente* reale e va a costituire, insieme ad altri che si sono aggiunti nel tempo, il target reale, lo zoccolo duro proprio di ogni azienda e a cui ogni azienda pensa *in primis* quando mette in atto delle azioni di marketing.

TOSCO_17x24_01.indd 22 7-07-2010 14:07:37

3.4 L'analisi economica e gestionale del processo produttivo. Il momento di conclusione di un ciclo di produzione aziendale, ed è qui indifferente l'oggetto della produzione – manufatto o servizio –, obbliga e permette l'analisi di gestione. Nella specifica azienda odontoiatrica può essere sostanzialmente di due tipi:

a. Analisi sui dati *finanziari consuntivi*

Porta a esporre un quadro aziendale generale, a forte valenza finanziaria, che muove dai dati di incasso e di pagamento, e che permette di individuare:

- eventuali disequilibri nel rapporto tra incassi (intesi come ricavi-azienda) e pagamenti (intesi come costi-azienda);
- congruità di alcuni costi particolarmente significativi in una azienda odontoiatrica (costi del personale, dei materiali clinici e dei laboratori);
- costi e ricavi in relazione al tempo di attività dell'azienda;
- ipotesi sul carico fiscale.

b. Analisi sui dati *economici* (ricavi e costi) e *finanziari* (incassi e pagamenti) *previsti e consuntivi*

Permette, diversamente dall'analisi di tipo a, di avere risultati dinamici previsionali e quindi di apportare *in itinere* gli eventuali correttivi necessari su tempi, produzione, costi, incassi e pagamenti.

Si ottengono così, per l'*area economica*:

- Produzione dettagliata dell'azienda e dei singoli produttori
- Incidenza della produzione dei singoli produttori sulla produzione totale
- Produzione per settore clinico
- Rapporto tra incassato e prodotto
- Tempi reali di lavoro rispetto a quelli dell'orario aziendale
- Ottimizzazione dei tempi di lavoro e quindi della produzione aziendale e dei singoli produttori
- Potenzialità produttiva dell'azienda
- Visite programmate ed effettive dell'azienda e dei singoli produttori
- Ottimizzazione della programmazione visite
- Stesura dei budget di produzione aziendale e per singolo produttore
- Costi totali e per centri di costo
- Costo dei singoli produttori
- Utile e redditività aziendale e dei singoli produttori
- Congruità dei costi rispetto alla produzione totale e dei singoli produttori
- Rapporto tra ore di lavoro dei produttori e del personale dipendente

TOSCO_17x24_01.indd 23 7-07-2010 14:07:37

- Individuazione del costo orario dell'azienda per l'analisi della redditività di ogni singola prestazione (ottimizzazione del listino)
- Budget costi.

Si ottengono, per l'*area finanziaria*:

- Rapporto costi/pagamenti
- Rapporto ricavi/incassi
- Previsionali di incasso
- Previsionali di pagamento
- Budget finanziari (entrate e uscite)
- Ipotesi sul carico fiscale[7].

3.5 Lo sviluppo. L'analisi gestionale fornisce alla proprietà gli strumenti per decidere la direzione dello sviluppo. Lo sviluppo è un dato da cui un'azienda moderna non può prescindere[8].
Occorre però fare chiarezza sul termine *sviluppo*.
Esso non significa necessariamente ingrandirsi, inteso come spazio più ampio su cui l'azienda è distribuita, come maggior numero di addetti, come aumento del target di riferimento.
In molti casi può significare ottimizzazione delle risorse professionali, più ampio ventaglio di servizi specifici offerti, affinamento delle specializzazioni, razionalizzazione dei costi. Nello specifico dell'azienda odontoiatrica può indicare l'aumento della qualità totale sia clinica sia metaclinica. In questo senso, la stessa restrizione del target, se accompagnata dall'aumento del livello di qualità, è da intendersi come sviluppo. Ma, per fare una scelta oculata e con obiettivi realistici, occorre aver strutturato prima una seria azione di organizzazione e aver attuato un'altrettanto seria analisi gestionale.
Poi si potrà scegliere la direzione verso cui andare.

4. I nodi principali del processo produttivo nell'azienda odontoiatrica

Osservati, anche se in modo generale, i tre grandi momenti che ruotano attorno al sistema aziendale, proviamo ora a scendere nello specifico dell'azienda odontoiatrica, e in particolare nell'ambito che è stato raggruppato nella Fig. 3 attorno al momento B.
È necessario, però, chiarire ancora i concetti di *processo* e di *procedura*.

4.1 I processi e le procedure. Per ottimizzare un *sistema organizzato*, dal più grande al più piccolo (dal Sistema-Stato al Sistema-Azienda al Sistema-Fami-

TOSCO_17x24_01.indd 24 7-07-2010 14:07:37

glia Nucleare) occorre stabilire quali siano i *processi* e determinare le relative *procedure* che li costituiscono[9].
I processi possono essere:

- macro (processi), intesi come insieme di tutte le azioni necessarie per realizzare un obiettivo complesso;
- micro (processi), intesi come unità logiche interne al processo macro.

da A ——— a N (macroprocesso)

Il processo da A a N viene scomposto in *n* microprocessi:

A ⟶ B ⟶ C ⟶ D ⟶ E ⟶ F ⟶ ecc. (microprocesso)

Le procedure sono le modalità adottate per realizzare A-B, B-C, C-D, D-E, E-F ecc., tanti microprocessi quanti necessari per arrivare a N.
L'intervento sui processi e sulle procedure aumenta la produttività, diminuisce i costi, contribuisce a migliorare la qualità della vita dei soggetti che operano nel Sistema-Azienda.
L'ottimizzazione raggiunta attraverso questo metodo rientra nel *sistema-qualità* e concorrerà a realizzare la *qualità totale*, se applicata a tutti i processi e all'intera struttura aziendale.

4.2 I nodi principali. Si intendono, con il termine *nodi*, le azioni che, nel flusso del processo produttivo (l'intero arco della cura di un cliente), rivestono particolare importanza, vuoi perché collocati all'inizio di una serie di azioni da essi condizionate (ad es.: il piano di cura può essere condizionato dal modo di condurre la prima visita), vuoi perché sono da organizzare sulla base di azioni precedenti (ad es.: l'amministrazione organizza gli incassi, e ciò può influire sulle scadenze delle sedute; ma, a sua volta, non può decidere di concordare le modalità di pagamento se non ha a monte un preciso piano di trattamento). Un *nodo*, nel processo produttivo, può essere visto anche come un *contenitore di microprocessi*, da 1 a *n*, quanti necessari per raggiungere l'obiettivo specifico. Cfr. Fig. 4.

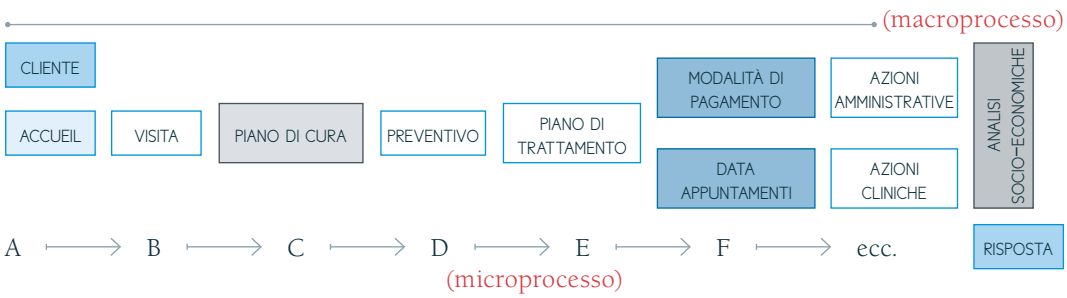


Fig. 4

TOSCO_17x24_01.indd 25 7-07-2010 14:07:37

Facciamo degli esempi analizzando l'ambito B, come in Fig. 3.
Il *macroprocesso* comprende tutte le azioni diacroniche e, raramente, sincroniche[10] che vanno dal contatto con il cliente all'analisi socio-economica dell'azione svolta (Fig. 4).
Analizziamo il primo nodo: *l'accoglienza*[11].
Un soggetto telefona, o si presenta di persona, esprimendo un bisogno.
Questo nodo prevede almeno 3 *processi*:

- *processo 1* che va dal contatto al momento della prima visita, nel caso di un nuovo cliente;
- *processo 2* che va dal contatto alla prestazione di urgenza;
- *processo 3* che va dal contatto alla seduta prevista, nel caso di un trattamento in corso[12].

L'addetto alla reception attiva le *procedure* previste per realizzare il processo:

- saluta, si presenta, dichiara la sua disponibilità all'ascolto (proc. 1, 2, 3);
- acquisisce e/o precisa la richiesta e la registra (proc. 1, 2, 3);
- constata se si tratta di un nuovo cliente o di uno già inserito in anagrafe (proc. 1, 2, 3);
- se si tratta di un nuovo cliente, rileva i primi dati anagrafici (proc. 1, 2);
- nel caso di *urgenza*, verifica in agenda la possibilità di una immediata azione clinica; se l'agenda è satura, contatta il responsabile degli operatori e verifica la possibilità di fornire la prestazione; comunica al cliente la risposta (proc. 2);
- se la riposta è positiva, comunica all'assistente del clinico addetto all'urgenza la presenza del cliente in attesa (proc. 2);
- fa compilare l'anamnesi e sottoscrivere il documento per la legge 196/03 precisando di che cosa si tratta, lo prega di attendere in sala segnalando l'eventuale tempo di attesa (proc. 2);
- si rende disponibile per eventuali necessità del cliente (proc. 1, 2, 3);
- al momento della seduta presenta il cliente all'assistente e glielo affida (proc. 1, 2, 3);
- nel caso di *prima visita* stabilisce la data e l'ora e la registra in agenda, ne comunica la durata presunta, richiede la firma per la legge 196/03, fornisce le informazioni necessarie e congeda il cliente (proc. 1, 2, 3);
- nel caso di *trattamento in corso* attiva tutte le procedure qui indicate in elenco con la dicitura (proc. 3);
- al termine della seduta verifica con il cliente, che è stato accompagnato alla reception dall'assistente, la data del successivo appuntamento (come

TOSCO_17x24_01.indd 26 7-07-2010 14:07:37

già concordato); lo conferma in agenda; saluta e lo congeda (proc. 3);

- in caso di *previsto pagamento*, come concordato in sede di definizione delle modalità di pagamento, e ricordato il giorno precedente durante la comunicazione di conferma, accompagna il cliente in amministrazione; lo saluta e si congeda (proc. 3);
- se ci sono state *variazioni nel trattamento* della seduta, ciò è da rilevare dalla cartella clinica accompagnatoria, si può trattare di (proc. 3):
  - ~ incremento o diminuzione del numero di sedute senza incidenza sul piano amministrativo: concorda le nuove date, l'orario e la durata delle variazioni e le registra in agenda;
  - ~ variazione del contenuto di una o più sedute con incidenza sul piano economico: trasmette l'informazione in amministrazione e ivi accompagna il cliente per l'accettazione dell'incremento di preventivo; al termine delle azioni in amministrazione, sia che il cliente accetti la nuova proposta sia che non lo faccia, procede come ai punti precedenti.

Si è visto, come esempio, il nodo iniziale, il primo che l'azienda odontoiatrica si trova di fronte quando avvia il ciclo di produzione.
Siccome si sta ancora affrontando un discorso di *metodo*, non si continua ad analizzare tutti i processi che interessano i nodi successivi, come elencati nella Fig. 5 e collocati, in modo dialogico e diacronico nella filiera di lavorazione alla Fig. 5.

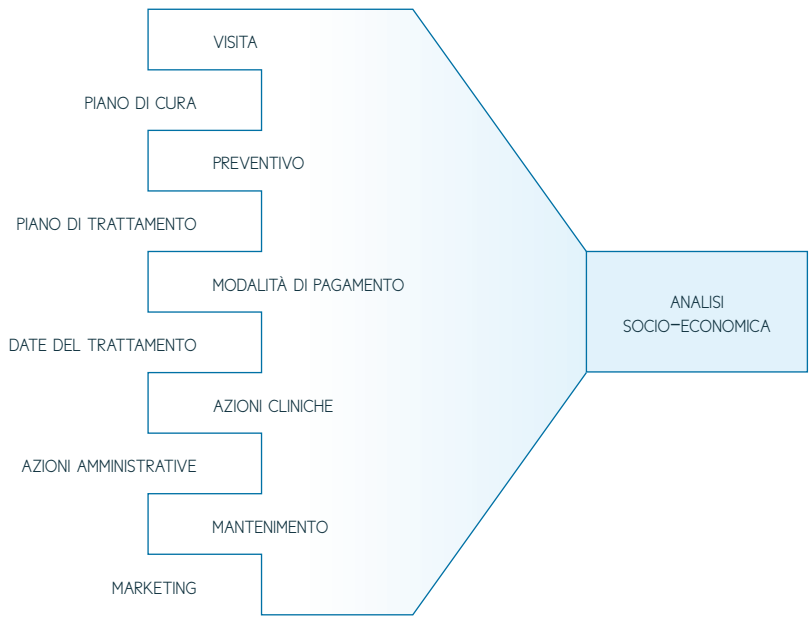


Fig. 5

TOSCO_17x24_01.indd 27 7-07-2010 14:07:37

4.3 Forma e contenuto. Man mano che si approfondisce il significato di organizzazione aziendale e, di conseguenza, si affrontano concetti da cui scaturiscono processi e procedure (da tradurre poi in funzioni e mansioni per le risorse umane), possono nascere pesanti resistenze al cambiamento. Spesso mascherate da obiezioni anche valide in sé ma da rifiutare, se proposte come giustificazione alla *non* organizzazione.

Occorre innanzitutto avere chiaro che, mentre sul piano analitico l'organizzazione può dare l'impressione di eccessiva rigidità – se non, addirittura, di astratta schematicità –, nell'organizzazione pratica del settore dei servizi alla persona abbiamo davanti, appunto, delle persone. Esse introducono a volte delle variazioni incontrollabili che vanno a detrimento del sistema. Per esempio: possono arrivare in orari diversi da quelli stabiliti, non presentarsi per la seduta senza avvisare, presentare situazioni cliniche che obbligano a modificare il contenuto previsto per la seduta, avere difficoltà a seguire il piano di pagamento concordato, presentarsi per urgenze senza appuntamento ecc.

Quando un dentista pensa all'organizzazione, pensa alle variazioni. È normale. Tutti tendono a notare gli scostamenti dalla norma, anche se percentualmente poco importanti, mentre si tende a tralasciare il grande numero dei comportamenti che vi rientrano.

Occorre dare per scontate le variazioni intervenienti, soprattutto nell'ambito dell'erogazione di servizi alla persona. Ma esse sono assai più facilmente ammortizzabili all'interno di un sistema organizzato. Le variazioni sono tra il 10 e il 15% delle azioni prodotte nell'azienda.

Ciò che occorre organizzare è l'85 o 90% della produzione corrente, lo zoccolo duro dell'attività aziendale.

Ma al titolare dell'azienda odontoiatrica rimane un'altra perplessità profonda: il dilemma tra sostanza e forma.

Ciò che ritiene essere importante è la sua professionalità, la sua capacità di rispondere ai bisogni clinici che gli pongono i clienti. Questa è la sostanza, e questo deve saper fare. I clienti chiedono questo, e sono disposti a superare i disagi delle attese, dell'ambiente, del modo di fare del personale. Sono aspetti, in fondo, marginali, sono cioè forma, a fronte di ciò che conta, cioè la sostanza: essere un bravo professionista[13].

Il problema, presentato così, è astratto e si avvicina alla descrizione riportata nell'incipit di questa premessa. L'attività odontoiatrica è contestualizzata e il contesto è, appunto, la forma.

Il cliente è privo di strumenti per cogliere lo spessore della professionalità (se non sente dolore e i denti sono bianchi, è pronto a giurare che il suo dentista è il migliore del mondo), ma ne ha molti per cogliere gli elementi di organizzazione, cioè di *forma*.

TOSCO_17x24_01.indd 28 7-07-2010 14:07:37

Ne consegue, sul piano economico, che il cliente è disposto a pagare – senza discutere – il prezzo richiesto nel momento del dolore e in quel momento attribuisce estrema importanza alla professionalità. Ma, da quel momento in poi, tende a trasferire il rapporto costi-benefici su altri aspetti, dove la forma ha la netta prevalenza sul contenuto. Si sceglie uno Studio, piuttosto di un altro, per la puntualità, per il modo in cui si è accolti, per il linguaggio chiaro e comprensibile, per il modo di fare delle assistenti, per la precisione con cui si affrontano gli aspetti amministrativi, per l'armonia complessiva che si percepisce tra tutti gli operatori, per la discrezione e per l'attenzione alla privacy, per il profumo e l'ergonomia degli spazi, per il modo con cui vengono ricordati gli appuntamenti, per la cortesia telefonica, per la capacità di sorridere e di sdrammatizzare, per l'inesistenza di tempi morti tra una operazione e l'altra.
L'organizzazione non è quindi un elemento di forma intesa come dato minore rispetto alla sostanza, intesa come capacità professionale in senso stretto. Forse lo è per l'operatore clinico (che può cogliere le differenze), ma molto raramente per il cliente, che stabilisce – come tutti – le sue priorità sulla base di ciò che comprende e, su questa priorità, dirige la disponibilità di spesa.
La mancanza di organizzazione di un'azienda odontoiatrica è un dato di forma che va direttamente a detrimento della sostanza. Poche aziende odontoiatriche possono permettersi di sopportarne il costo. L'organizzazione è, in questo senso, il primo elemento di marketing e di abbattimento dei costi.

5. La delega e il controllo

Nell'ambito della descrizione dell'azienda odontoiatrica come *sistema*, occorre toccare uno degli aspetti fondamentali: la delega e il controllo. Deve essere chiaro ciò che è delegabile (funzioni e mansioni) e in che modo (tempi e modalità) si devono attivare i controlli su quanto è stato delegato (cfr. Fig. 6).

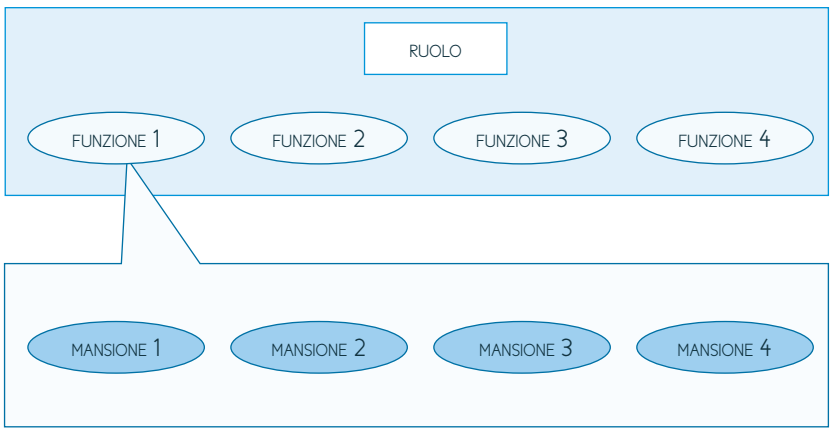


Fig. 6

TOSCO_17x24_01.indd 29 7-07-2010 14:07:37

Il ruolo contiene tutte le funzioni. Ecco alcuni esempi di funzioni interne all'azienda:

- funzione amministrativa;
- funzione finanziaria;
- funzione controllo clienti;
- funzione controllo fornitori;
- funzione di organizzazione del personale;
- funzione di gestione delle strategie;
- controllo del personale clinico;
- controllo della produzione ecc.

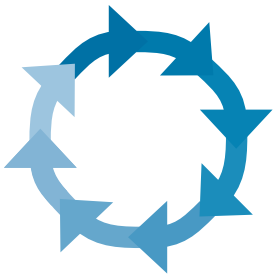


Fig. 7

- L'INSIEME RAPPRESENTA IL RUOLO;
- OGNUNA DELLE FRECCE COLORATE DEL CERCHIO È UNA FUNZIONE;
- OGNI FUNZIONE DEVE ESSERE SCOMPOSTA IN TANTE AZIONI, OGNUNA DELLE QUALI È UNA MANSIONE

A volte si possono delegare anche solo delle singole mansioni oppure un gruppo di mansioni interne a una funzione.

~ Es.: Alla segretaria di direzione viene delegata una funzione, ma a una segretaria esecutiva vengono delegate solamente alcune mansioni (input di dati, risposte telefoniche, registrazione degli appuntamenti ecc.).

Alla funzione è connessa la conoscenza complessiva dei processi necessari per raggiungere l'obiettivo per cui la funzione esiste.

~ Es.: La segretaria di direzione deve sapere esattamente per quale motivo complessivo è stata investita di quella funzione; la responsabile amministrativa deve conoscere perfettamente qual è l'obiettivo che deve raggiungere ecc., pena l'impossibilità di svolgere la funzione stessa.

È meglio se il detentore di funzione conosce anche tutte le procedure necessarie per concretizzare quanto previsto dalla funzione, ma non è indispensabile.

~ Es.: L'Amministratore Delegato della Fiat Auto non necessariamente deve conoscere tutte le procedure per assemblare un'automobile.

Alla mansione è connessa la conoscenza precisa della *procedura* da seguire per realizzare l'azione da compiere e il relativo possesso dell'abilità necessaria, anche prescindendo dalla visione di insieme.

TOSCO_17x24_01.indd 30 7-07-2010 14:07:37

~ Es.: Chi inserisce dei dati non è tenuto a sapere da dove vengono e come verranno utilizzati, ma deve conoscere perfettamente la macchina e come deve fare per immetterli; chi dispone il materiale in magazzino deve conoscere perfettamente le procedure da seguire al fine di permetterne il rapido reperimento, ma non è tenuto a sapere perché le cose sono disposte in un certo ordine piuttosto che in un altro ecc.

5.1 Come si delega. Il detentore di ruolo delega più funzioni (o una funzione o parti di una funzione o parti di più funzioni) a uno o più soggetti, trattenendo per sé ciò che ritiene opportuno sulla base del tempo disponibile, del numero delle funzioni che devono essere ricoperte, delle capacità delle risorse umane di cui dispone, delle proprie abilità specifiche, delle proprie preferenze ecc.

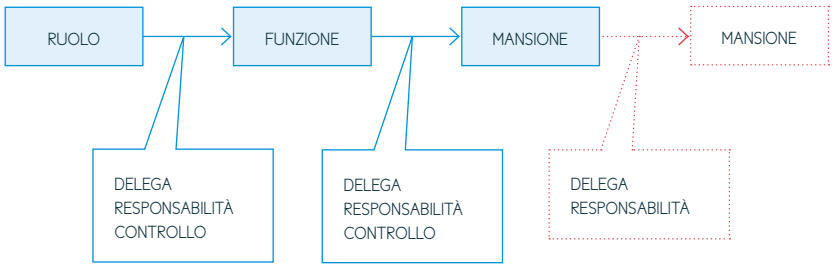


Fig. 8

Chi è investito di funzione/i compie la stessa operazione delegando delle mansioni ad altri con gli stessi criteri.
Chi deve svolgere delle mansioni non può delegare, ma può, in casi particolari, farsi sostituire, pur mantenendo su di sé la responsabilità del risultato di quanto fatto dal sostituto.
Chi detiene una funzione non può essere sostituito nella funzione ma, ad esempio in caso di assenza, può richiedere la sostituzione in alcune mansioni proprie della funzione che detiene, precisando al sostituto esattamente quali sono le mansioni, come le deve svolgere, in quali limiti devono essere contenute.
Ogni delega presuppone l'esplicitazione esatta di ciò che viene delegato, pena l'impossibilità del controllo e dell'attribuzione di responsabilità a fronte di errore nell'esecuzione del compito.

5.2 Come si predispone la delega. Il titolare di ruolo o/e di funzione deve innanzitutto analizzare e scomporre il processo (o i vari processi) che costituisce l'insieme del compito che gli è attribuito.

TOSCO_17x24_01.indd 31 7-07-2010 14:07:38

Deve decidere che cosa tiene per sé e che cosa trasferisce ad altra persona.
Deve selezionare il destinatario della delega in base al compito che dovrà svolgere a fronte delle capacità e delle attitudini che possiede (es.: non è opportuno delegare compiti esecutivi a soggetti fortemente creativi e viceversa, compiti strategici a soggetti non motivati ecc.).
Deve motivare il soggetto destinatario a ricevere la delega.
Deve sostenere e indirizzare il destinatario fino a quando non è entrato appieno in possesso delle dinamiche di ciò che gli è richiesto (non ha cioè definito chiaramente i confini del compito da svolgere e che cosa ci si aspetta da lui).
Deve infine controllare.

5.3 Il controllo. Il potere/dovere di controllo è elemento caratterizzante di chi è titolare di ruolo e di chi è investito di funzioni. Non è delegabile né è oggetto di sostituzione.
Il controllo sui delegati è lo strumento che permette al delegante di raggiungere meglio, più facilmente e più rapidamente gli obiettivi previsti dal ruolo o dalla funzione di cui è investito.
Il controllo deve essere visto come stimolo, aiuto e coinvolgimento dei soggetti delegati, al fine di migliorarne la qualità del lavoro e delle relazioni.
Il controllo non richiede necessariamente la presenza costante del controllore né la presenza fisica nel luogo in cui operano i delegati.
Il controllo, da esercitare nella sostanza sempre al massimo livello di attenzione, va condotto con modalità diverse sulla base dell'importanza delle funzioni delegate: più la funzione è importante, maggiore dovrà essere il margine di autonomia e discrezionalità del delegato e sempre minore dovrà essere la visibilità del controllo esercitato.
Il controllo deve essere una azione esplicita e dichiarata, anche se non sempre evidente.
Il controllo non si esercita in ogni step della funzione o della mansione delegata, ma in punti che il delegante ritiene fondamentali per avere gli elementi di valutazione della correttezza del compito che è stato svolto o che si sta svolgendo.

6. Il supporto informatico

Il controllo di mansioni si esercita attraverso la verifica a campione delle modalità di applicazione e svolgimento delle procedure.
Il controllo di funzioni si esercita attraverso incontri periodici con il delegato e con la redazione di report *work in progress*.

TOSCO_17x24_01.indd 32 7-07-2010 14:07:38

Qui nasce la questione del supporto informatico. Molti dei prodotti "per odontoiatri" che si trovano sul mercato sono degli assemblaggi. Fanno alcune, o molte, delle cose che qualcuno (un dentista?) ha detto essere necessarie per la segreteria (fatturare, fare i preventivi, controllare le scadenze di pagamento, gestire un'anagrafe ecc.), per l'archiviazione di parti di cartelle (le radiografie, ad esempio), per avere corrette risposte agli interrogativi sull'andamento economico dello Studio. Il programma assembla le risposte[14], ma non esiste un filo logico tra di esse. In altri termini, non si segue il processo o le procedure che lo studio organizzato intende seguire.
Il risultato è che spesso, quando si acquista un prodotto informatico, si è costretti a seguire il programma e ciò che pensava il programmatore durante il suo lavoro. Di conseguenza, si "organizzerà" l'attività dello Studio su quella base. Soprattutto se a monte non esiste già un'azione di organizzazione dell'attività aziendale.
La scelta del programma (attrezzo necessario a un certo stadio dello sviluppo dello Studio odontoiatrico) deve avvenire dopo che si è organizzato l'azienda, non prima.
Le modalità di acquisizione di un risultato, o l'inserimento di un dato a un certo punto del processo, non sono azioni neutre, ma procedure vincolanti per gli operatori e quindi per l'intero sistema aziendale.
Organizzata l'azienda, si individua un programma che abbia un serio taglio aziendale, che sia sufficientemente elastico da potersi adattare alla visione della proprietà e non viceversa, che fornisca risposte il più complete possibile; non delle "statistiche", ma delle elaborazioni e sintesi concrete, funzionali al controllo e di reale supporto per le decisioni future che la proprietà dovrà assumere. Che possa, quindi, essere utilizzato sia come sistema di monitoraggio e di controllo della produzione e dei costi, sia come sistema di analisi e di elaborazione dei dati.

TOSCO_17x24_01.indd 33 7-07-2010 14:07:38

Note capitolo 01

1. Tenuto conto che spesso il complessivo giro d'affari in entrata non si discosta da quello di una piccola o media impresa.

2. Ciò è ancor più vero nel caso del professionista dentista poiché, nella scala della selezione dell'importanza dei bisogni, la malattia dentale non è percepita come tale e quindi viene collocata molto in basso, certamente dopo la casa, i figli, l'automobile, le vacanze, la scuola, il tempo libero ecc. La responsabilità di questa situazione è in gran parte da ricercare storicamente nella stessa categoria degli operatori clinici dentali, ma questo discorso meriterebbe un ulteriore approfondimento.

3. Questo soggetto avrebbe ancora altre caratteristiche, ma al momento limitiamoci a quelle elencate.

4. Ogni soggetto componente un piccolo gruppo, come può essere un gruppo di lavoro che mira a fornire un manufatto o un servizio, un gruppo di ricerca, un gruppo di due soggetti che hanno l'obiettivo di vita in comune, si trova necessariamente a dover fare i conti con gli elementi di sistema del gruppo di cui fa parte. Per contro, l'incapacità o l'impossibilità a operare del e nel sistema, genera in ogni struttura un *loop* negativo che assorbe dall'interno sempre più energia per tentare di sopravvivere alla malattia, fino a uccidere se stessa. Si perde di vista l'obiettivo generale per cui il gruppo si è costituito, il prodotto scende di qualità, le motivazioni dei componenti si affievoliscono fino a costringere le risorse umane ad allontanarsi; chi ha un bisogno da soddisfare si rivolge ad altri erogatori, il sistema-azienda fallisce. O, nel rapporto a due, ognuno se ne va per conto suo.

5. Occorre considerare, tuttavia, che le aziende si stanno orientando diversamente. Anche chi eroga una risposta a un bisogno elementare tende a esprimere dei servizi *metaprofessionali* che inducono il cliente a ritornare presso lo stesso fornitore. Anche il linguaggio quotidiano si sta ridefinendo in tal senso: il *mio* panettiere, il *mio* benzinaio, il *mio* tabaccaio, il *mio* giornalaio, la *mia* pettinatrice ecc. Per altro, già esiste da tempo "il *mio* dentista".

6. Uno strumento che sta dando risultati interessanti è la lettera di fine cura. È fondamentale, però, che sia consegnata al paziente seguendo opportune procedure.

7. A fronte di questo elenco viene da pensare che, in fondo, non è poi necessario avere tutte queste informazioni, con le collegate operazioni conseguenti, per fare il dentista: basta molto meno. No, non basta molto meno. L'analisi di gestione in un'azienda odontoiatrica che mira alla qualità totale – e che sia, magari, anche interessata alla certificazione –, o prevede tutti questi aspetti o non esiste. Con tutti i rischi connessi. È vero che per secoli le persone hanno viaggiato con carrozza e cavalli. Ma farlo abitualmente oggi, in città, è rischioso per la vita.

8. Un'azienda non può rimanere in una condizione di stallo, non può cioè continuare a esistere seguendo una teorica linea retta: si sviluppa o recede dalla collocazione precedente.

9. Dato "N" come obiettivo da raggiungere attraverso un processo operativo logico, il percorso da A a N sarà un *processo macro*. Che sarà, a sua volta, suddiviso in percorsi intermedi da A a B, da B a C ecc. intesi – ognuno di loro – come *processi micro*. Le modalità adottate per realizzare A, B, C ecc. saranno le *procedure*.

10. Il termine *sincronico* viene qui utilizzato nel senso lato di ottemperare a una

TOSCO_17x24_01.indd 34 7-07-2010 14:07:38

Note capitolo 01

procedura che serve a più cose contemporaneamente. Ad es., quando la segreteria espone al cliente il piano di trattamento di un preventivo accettato, stila l'elenco di date per le sedute sulla base delle indicazioni del medico, della disponibilità dell'agenda e del cliente. La data serve contemporaneamente a: fornire il promemoria al cliente, fissare lo spazio in agenda, stabilire le scadenze di pagamento, dare lo strumento alla segreteria per fare le conferme e ricordare l'eventuale importo da versare, fornire i dati previsionali di produzione, fornire i dati previsionali di incasso sia all'analista di gestione sia all'amministrazione.

11. Si intendono, con il termine *accueil*, tutte le operazioni che ruotano attorno all'accoglienza del cliente che entra in contatto, telefonico o di persona, con l'azienda.

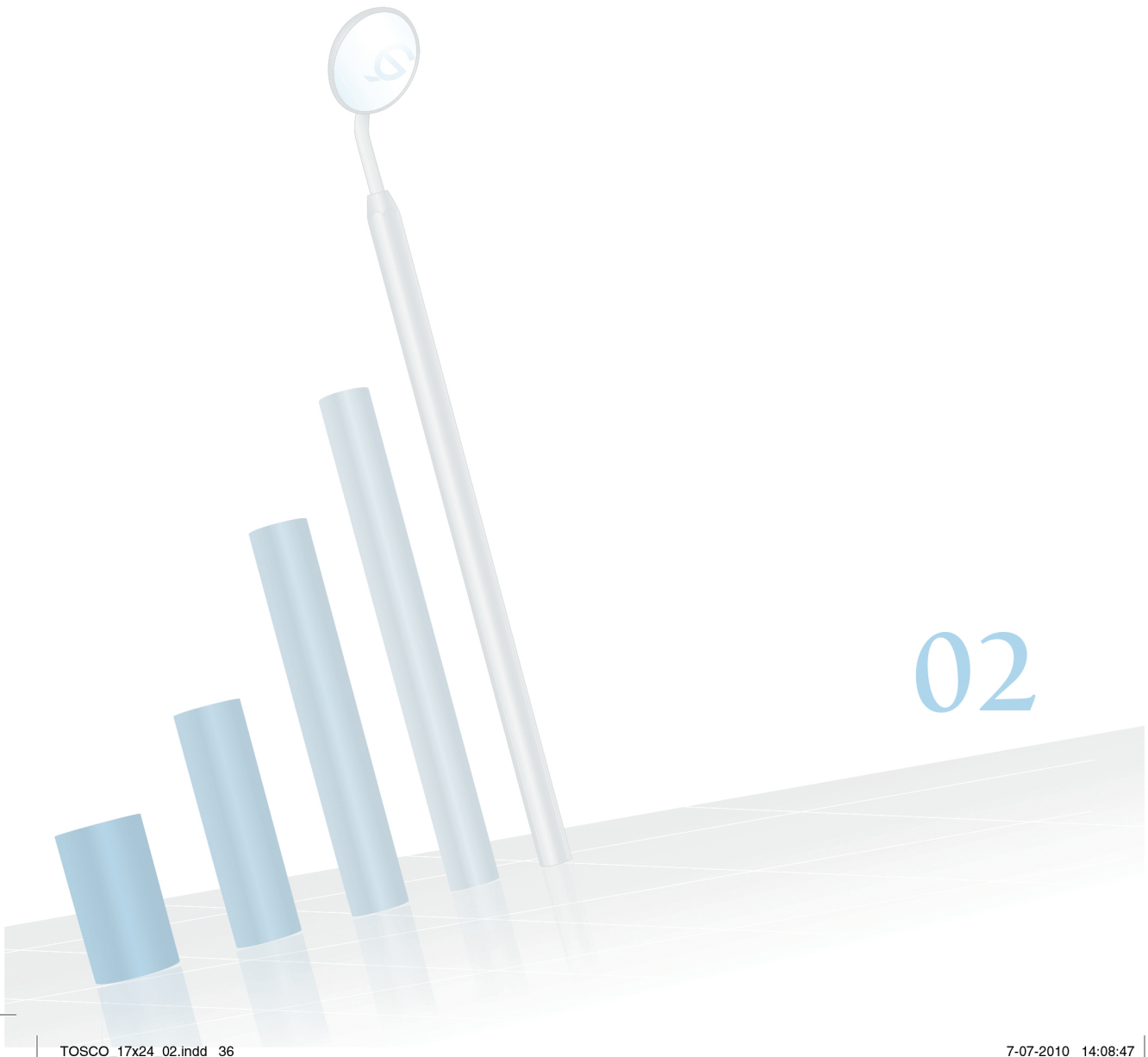
12. Alcune procedure sono comuni a tutti i processi che rientrano nel *nodo* dell'accueil, altre invece sono specifiche del processo di riferimento. È indispensabile che tutti i nodi, con le relative connessioni a monte e/o a valle, siano precisati per ottenere flussi di processo scorrevoli.
    La scorrevolezza dei flussi di processo (o le eventuali frizioni o strozzature o illogicità) ricade naturalmente dalla specifica produzione su tutte le risorse umane che – ai vari livelli – operano nell'azienda.

13. Del resto il dentista ha fatto studi di medicina e di odontoiatria. Non ha dovuto seguire nessun corso in cui si rendesse evidente che avrebbe dovuto calarsi nella realtà manageriale della gestione di uno Studio, che ha tutte le caratteristiche di un'azienda.

14. Anche se insorgono dubbi giustificati sulla validità dei risultati che riassumono l'andamento dello Studio. Vengono proposti generalmente dei quadri cosiddetti "statistici" dove l'impegno è mirato più all'effetto grafico che alla sostanza della sintesi.

TOSCO_17x24_01.indd 35 7-07-2010 14:07:38

Gli operatori dello Studio organizzato: il Titolare, i Collaboratori, le Risorse Umane



02

TOSCO_17x24_02.indd 36 7-07-2010 14:08:47

Premessa: le aree di interazione

Lo Studio odontoiatrico, in quanto sistema organizzato di erogazione di servizi alla persona e, nello specifico, alla salute, finalizzato a un obiettivo economico, può essere letto come un insieme di aree omogenee.
Ognuna di esse è relazionata alle altre da flussi di scambio continui e sistematici. La direzione dei flussi scaturisce dagli obiettivi aziendali stabiliti dalla Proprietà (che prevalentemente, in questa tipologia di aziende, coincide con il Titolare) e si concretizza in *processi* e *procedure* (di qui si coglie come la sistematicità risulti premessa necessaria all'organizzazione del "Sistema-Studio").
La continuità è richiesta, invece, come dato necessario al momento della traduzione dei processi in procedure. Se insorgono strozzature nel flusso di comunic/azioni all'interno della stessa area, o tra aree diverse ma la cui inter/azione è indispensabile per il funzionamento del sistema, si innesca una spirale di sofferenza (aziendalmente tradotta in "aggravio dei costi", *alias* diminuzione dei profitti) che tende a crescere in modo esponenziale in rapporto alla sua durata nel tempo.

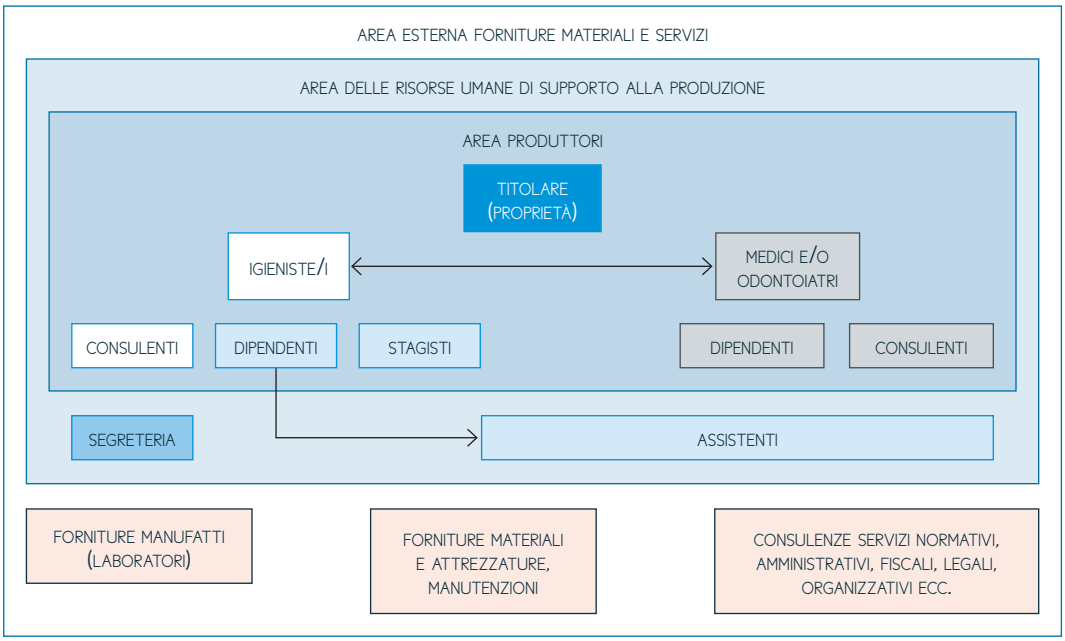


Fig. 1

Per grandi insiemi, possiamo individuare nello Studio odontoiatrico 3 aree omogenee:

- Area dei produttori; comprende i soggetti che:
  - ~ dispongono di strumenti tecnici e professionali per analizzare l'azione clinica da compiere;

TOSCO_17x24_02.indd 37 7-07-2010 14:08:47

- ne determinano l'eventuale scomposizione in sottofasi;
- ne prefigurano la scansione logica e temporale;
- le attribuiscono il valore di produzione complessivo e di ogni singola sottofase a cui collegano la durata di ogni seduta;
- individuano le attrezzature di supporto;
- individuano le Risorse Umane più adatte, di volta in volta, a fornire un prodotto conforme al livello di qualità che si intende raggiungere.

– Area delle Risorse Umane di supporto alla produzione; comprende i soggetti che dispongono delle conoscenze necessarie e sufficienti per affiancare il produttore nel lavoro che deve svolgere. È ovviamente indispensabile che le Risorse Umane coinvolte, in questa tipologia di aziende, siano a conoscenza dei processi (cioè dell'obiettivo che si vuole raggiungere) e che abbiano acquisito la proprietà assoluta delle procedure da applicare. La mancata conoscenza è uno dei "luoghi aziendali" da cui scaturiscono sofferenze nei flussi di scambio, con effetti a cascata oltre che sul versante economico anche sulla qualità del prodotto fornito. L'area contiene le funzioni di segreteria (reception, amministrazione) e quelle propriamente cliniche (assistenti).

– Area esterna per le forniture di materiali e servizi; comprende le aziende che forniscono i manufatti indispensabili all'azione clinica, cioè i laboratori odontotecnici, quelle che forniscono le attrezzature tecniche e le relative manutenzioni, quelle per i materiali di consumo, i consulenti per gli adeguamenti normativi specifici (radiologici, rifiuti speciali, D.Lgs. 626 ecc.), i consulenti per gli adempimenti più generali (fiscali, amministrativi, del lavoro, legali), i consulenti di organizzazione, le aziende e/o i consulenti formativi per l'aggiornamento professionale ecc. Si proverà qui a fornire un esempio di come si potrebbero analizzare, nell'ottica dell'organizzazione e gestione delle risorse, le figure interne allo Studio odontoiatrico che operano nelle tre aree sopra individuate.

1. Area dei produttori

Ne fanno parte figure che, dal punto di vista dell'organizzazione, sono collocate in posizioni tra loro diverse sia per motivi strutturali sia per obiettivi individuali.

1.1 Il titolare (la proprietà)*. Ha scelto di intraprendere un'attività autonoma. Ha investito il capitale necessario di cui deve rientrare. Vive quotidianamente i rischi della sua impresa. Si confronta sistematicamente con il cosiddetto "mercato", cioè con gli altri operatori che offrono servizi che rispondono

TOSCO_17x24_02.indd 38 7-07-2010 14:08:47

agli stessi bisogni dell'utenza. Ha la responsabilità delle Risorse Umane che prestano la loro opera, aspettandosi il ritorno economico necessario per la loro esistenza. Ha la responsabilità deontologica di fornire un servizio alla persona nell'ambito della salute. Produce ricchezza come valore aggiunto che ritorna sulla società in cui è generato sotto forma di tasse che eroga allo Stato, e quindi alla collettività. Deve vivere con il lavoro che genera e/o che direttamente svolge. Ha, quindi, tutte le caratteristiche che lo collocano a capo di un'impresa: la sua.
È, a tutti gli effetti, un imprenditore.
Il titolare è, quindi, all'interno del sistema-Studio odontoiatrico, l'unica figura detentrice di un ruolo. Tutte le altre figure ricoprono, per delega, delle funzioni o svolgono delle mansioni.
Spetta al titolare il compito di definire le strategie e gli obiettivi a breve, a medio e a lungo termine.
Nel settore dei servizi che prevedono un professionista, il titolare è molto spesso anche il detentore della *leadership*[1].
Nei piccoli Studi può anche essere il soggetto che svolge la funzione di dare ordini, funzione che negli Studi di dimensione maggiore viene svolta dal capo[2].
Al titolare, in quanto detentore del ruolo, spettano anche tutte le funzioni e le mansioni. Poiché deve anche fare il medico come scelta prioritaria, non può svolgere tutte le funzioni e ancor meno tutte le mansioni connesse alle singole funzioni.
Deve quindi delegare delle mansioni, tutte o in parte, o anche solo parti di mansioni (ad es.: pur delegando la funzione amministrativa, tiene per sé i rapporti con le banche o gli incassi di certe tipologie di clienti o la presentazione di preventivi particolari). Naturalmente non è possibile delegare il ruolo, poiché appartiene intrinsecamente al titolare[3].
Realizzata la delega, il titolare mantiene il dovere/diritto del controllo.

1.2 I medici e/o gli odontoiatri. Nell'area dei produttori, il titolare viene a trovarsi con operatori che, dal punto di vista strutturale, assumono collocazioni diverse. Essi, accanto all'apporto certamente positivo che forniscono sul piano dello spettro delle specializzazioni (e quindi della risposta dello Studio ai bisogni degli utenti), pongono al contempo problemi organizzativi ed economico-finanziari da valutare caso per caso. Ogni Studio odontoiatrico, come del resto ogni Studio professionale che eroga servizi alla persona, è un mondo a sé. Se si procede per medie si è quasi certi che non si troverà mai una situazione che si adatti pienamente al modello estrapolato[4].
Tuttavia, alcune situazioni sembrano presentarsi con maggiore frequenza.

TOSCO_17x24_02.indd 39 7-07-2010 14:08:47

1.2.1 Locazione di uno spazio operativo. Locazione di uno spazio operativo (un riunito o più riuniti nella specializzazione di ortodonzia) utilizzata per un certo numero di volte al mese con:

- nessun supporto dalle Risorse Umane del locatore;
- supporto solo segretariale per:
  - ~ gestione dell'agenda;
  - ~ gestione agenda e fatturazione;
  - ~ gestione agenda, fatturazione e incassi parziali;
  - ~ gestione agenda, fatturazione e incassi totali;
  - ~ supporto di segreteria e dell'assistente;
- il locatario fattura direttamente al paziente le sue prestazioni;
- lo Studio fattura al paziente le prestazioni del professionista ospitato.

Questa situazione, soprattutto nel caso in cui chi fruisce di uno spazio operativo possieda una specializzazione assente all'interno dello Studio, può dare adito a collaborazioni che vanno a elevare lo spettro dei servizi offerti ai pazienti e contribuiscono a sviluppare il parco-clienti complessivo dell'azienda, pur lasciando ai due professionisti l'autonomia totale sui pazienti di entrambi.
Dal punto di vista dei rapporti economici tra i soggetti, risulta essere quello più semplice da gestire, poiché non è collegato alla variabile della produzione, ma solamente a una valutazione determinata all'origine, sulla base dei supporti che il locatario richiede e che rimane sostanzialmente costante nel tempo.

1.2.2 I consulenti. È la situazione più diffusa.
Interessa tutti i professionisti che, vuoi per valutazioni economiche, vuoi per disponibilità di tempo ancora libero all'interno del proprio Studio, vuoi perché in possesso di professionalità così elevate da essere richiesti per valorizzare l'immagine dello Studio di altri colleghi o vuoi per scelta di vita, forniscono delle prestazioni presso Studi di colleghi, per alcuni giorni al mese o per tutto il loro tempo di lavoro[5].
La loro opera è richiesta per integrare, con la loro specializzazione, il quadro dei servizi offerti dallo Studio presso cui si recano o per smaltire del lavoro che non può essere affrontato dagli operatori già presenti, se non con tempi di attesa inaccettabili da parte dei pazienti.
La presenza all'interno dello Studio, a partire da un certo numero di pazienti in poi, di operatori medici esterni alle risorse inquadrate a qualche titolo all'interno della struttura è certamente necessaria ai fini della realizzazione dell'attività odontoiatrica.

TOSCO_17x24_02.indd 40 7-07-2010 14:08:47

Tuttavia, la presenza sotto forma di "collaboratore", come viene oggi generalmente inteso nel settore, pur essendo la situazione più diffusa, è contemporaneamente quella che pone al titolare (la proprietà) il maggior numero di problemi, sia teorici sia pratici, tanto sul versante dell'impresa quanto su quello dei rapporti economici[6]. Vediamone alcuni.

Questione 1

Il titolare è il responsabile ultimo della prestazione fornita dallo Studio. Ma il collaboratore è un medico con la sua piena autonomia professionale e deontologica. Cioè un "collega" e, talvolta, anche un amico. Come conciliare i due aspetti?

Questione 2

Il lavoro è stato acquisito dal titolare e i rapporti di fiducia medico-paziente sono stati innescati dal titolare. Questo aspetto è lavoro. Ma nel caso di retribuzione percentuale sul preventivo, come è valutato il lavoro del titolare?

Questione 3

Nel caso di variazione dal tariffario deciso dal titolare, come è considerata la ricaduta sugli emolumenti a percentuale al collaboratore?

Questione 4

Nel caso di variazione del listino, l'aumento del costo del collaboratore è automatico.

Questione 5

Il listino deve essere noto al collaboratore? Non è questo un dato di esclusiva pertinenza del titolare?

Questione 6

Nel caso di retribuzione a prestazione, come si trattano i casi di variazione dal tariffario?

Questione 7

Il collaboratore talvolta esegue le prime visite[7]. Ma il paziente si reca presso lo Studio del titolare perché, per molti motivi, l'ha individuato come il suo punto di riferimento. Inoltre, la prima visita è il momento dell'imprinting e l'inizio della fidelizzazione. E ancora: la prima visita è il momento in cui si trasmette lo stile dello Studio. Come si può fare perché il collaboratore assuma lo stile dello Studio in cui si trova in quel momento a operare? Ed è possibile pretenderlo da parte del titolare?

Questione 8

Il collaboratore è spesso un soggetto che, a sua volta, gestisce un suo Studio privato, dove ha introdotto e acquisito un modo di rapportarsi alle Risorse Umane che applica abitualmente. Non si può immaginare che si adegui tout court ai processi e alle procedure applicate nello Studio in cui si trova in quel

TOSCO_17x24_02.indd 41 7-07-2010 14:08:47

momento. Ma ciò può creare disfunzioni e tensioni nelle presenti RU, abituate a loro volta a un metodo diverso. Oppure – peggio – può fornire lo spunto per confronti che possono rivelarsi sgradevoli o inopportuni.

Questione 9

Il collaboratore tende spesso a comportarsi, nello Studio al quale eroga prestazioni, come nel suo Studio, soprattutto rispetto alle disdette. Avvisa la segreteria (o, peggio ancora, l'assistente) di assenze all'ultimo momento. Tende a fissare autonomamente i periodi di assenza (ferie, corsi ecc.). Naturalmente, tutto ciò incide pesantemente sull'organizzazione e sicuramente rappresenta un costo per l'azienda che lo "ospita".

Sono molti ancora gli interrogativi. Questi esempi sono solo a dimostrare come sarebbe opportuna una discussione approfondita sulla figura del collaboratore, in modo che si salvaguardino gli interessi di entrambe le parti. Tuttavia, muovendo dall'ottica dell'organizzazione aziendale, e quindi da quella della proprietà, alcuni titoli generali si possono sostenere fin d'ora:

- un titolare di Studio introduce nella sua azienda un collaboratore perché ricopra alcuni spazi operativi che – vuoi perché non specialista del settore, vuoi perché non interessato alla specifica azione clinica e/o vuoi per sovrabbondanza di clienti – non può o non vuole affrontare. Quindi, il termine di "collega" è da intendere solo nell'accezione di professionista specifico, e non anche come soggetto che è collocato nella stessa sfera di potere del titolare. Perché in quest'ambito è un soggetto subalterno, pagato solo ed esclusivamente per svolgere uno specifico lavoro, esattamente come una qualunque altra figura che opera all'interno dello Studio. Deve quindi operare nell'ambito dello spazio delimitato dal motivo per cui è stato richiesto e per cui viene retribuito. Se un collaboratore non è in grado di adattarsi a questa funzione, nei termini sopra esposti, probabilmente non è la persona adatta a svolgerla;
- il paziente su cui il collaboratore realizza il suo intervento clinico è stato acquisito dal titolare con il lavoro – niente affatto semplice, ancorché talvolta così lo si consideri – legato alla prima visita. Il preventivo che è scaturito e che ha generato la necessità del lavoro che sta svolgendo il collaboratore comprende in genere anche il valore della prima visita. Considerare quindi l'intero preventivo come l'origine del calcolo delle provvigioni al collaboratore è sbagliato, poiché non tutto ciò che vi è compreso – o quantomeno la prima visita – è frutto della sua prestazione professionale;
- il listino è una caratteristica riservata dello Studio. Appartiene all'insieme degli elementi che connotano l'azienda e che prevedono il segreto aziendale anche di tutti i dipendenti. Calcolare la retribuzione a percen-

TOSCO_17x24_02.indd 42 7-07-2010 14:08:48

tuale significa esibire il listino, cioè un segreto aziendale, a un soggetto che è esterno all'azienda e che può, in questo modo, fare i conti in tasca al titolare. Questa è un'azione aziendalmente scorretta. Senza contare che, a ogni variazione del listino, corrisponde automaticamente un ritocco verso l'alto delle provvigioni. Inoltre, dal punto di vista del collaboratore, se il titolare decide di applicare delle variazioni sul prezzo, queste ricadono anche sulla sua retribuzione. È molto meglio dare retribuzioni a prestazione. Il collaboratore può fare il calcolo dei suoi emolumenti sulla base del prezzo per il numero di prestazioni, senza considerare variazioni che riguardano unicamente lo Studio, e il titolare può operare come meglio crede all'interno della sua azienda, con la strategia dei prezzi che ritiene opportuna, senza doverla esibire ai quattro venti;

- la prima visita spetta al titolare. I clienti vengono nel suo Studio perché c'è lui. E solo dietro sua indicazione sono disponibili ad accettare interventi di altri. Delegare la prima visita ad altri operatori clinici, per quanto professionisti di livello, significa richiamare alla mente situazioni proprie del servizio pubblico, dove ti presenti e ti vede chi capita. Nello Studio privato occorre trasferire al paziente motivi sufficienti perché accetti di essere fidelizzato. E questa azione può essere svolta solo dal titolare. Inoltre, è indubbio che il collaboratore conduca la prima visita secondo parametri suoi;
- un qualunque professionista, quando lavora presso altri, regola le sue esigenze sulla base dell'azienda che paga i suoi servizi. Queste esigenze vengono naturalmente prima di tutto il resto, se concordate a monte e accettate da entrambe le parti. In qualunque altra azienda, un professionista che antepone le sue esigenze a quelle dell'azienda con cui ha stipulato un accordo non solo viene immediatamente cancellato dall'elenco, ma deve anche rifondere i danni reali e di immagine che ne conseguono.

1.2.3 I neolaureati. Di solito, un titolare di Studio quando cerca un collaboratore da inserire all'interno della sua struttura richiede che abbia esperienza. Storicamente la si acquisiva, per gran parte degli addetti, nello Studio di famiglia sotto la supervisione di chi già vi operava. Per altri, la specializzazione in odontostomatologia, a cui si accedeva comunque dopo la laurea in medicina, permetteva l'accesso graduale alla professione specifica con la costruzione di un curriculum che poteva essere esibito, alla fine, come *esperienza*. Oppure si andava a frequentare dei corsi, a costi non irrilevanti, presso scuole o colleghi di fama. Questo sempre con lo stesso obiettivo: misurare le nozioni teoriche acquisite con la pratica quotidiana e diventare dei professionisti esperti.

TOSCO_17x24_02.indd 43 7-07-2010 14:08:48

Oggi il mercato dei professionisti del settore è cambiato. Esiste la facoltà di odontoiatria e i primi laureati risalgono al 1984, vent'anni fa. Oggi sono ormai titolari di Studio da tempo. I medici specialisti a capo di aziende odontoiatriche sono molto vicini ai 50 anni e vanno a estinguersi. Contemporaneamente l'accesso alla laurea, aperto a tutti i diplomi di base, ha variato anche il dato sociale di provenienza. I "figli d'arte" sono in proporzione sempre di meno, l'opportunità di acquisire esperienza nello Studio di famiglia si dirada, i giovani laureati dispongono in complesso di budget inferiori da investire nella frequentazione di corsi al di sopra delle loro possibilità economiche, i costi di allestimento di uno Studio allungano i tempi d'attesa per costruire le risorse economiche necessarie.
Per contro, l'immaginario del ritorno economico dell'esercizio della professione – in parte mutuato dal pensiero collettivo e in parte trasmesso dal corso di laurea – dell'immediato accesso a elevati guadagni, li porta ad avanzare richieste per le loro prestazioni – anche in fase ancora priva di sufficiente esperienza – che ben difficilmente potrebbero rivelarsi un vantaggio per lo Studio che dovrebbe accoglierli come collaboratori, sia sul versante economico sia su quello della garanzia del risultato clinico.
La conclusione è che l'ampio bacino potenziale a cui attingere in caso di necessità di collaborazioni è di fatto escluso dal mercato. Chi vuole collaborazioni si rivolge a chi ha già esperienza e i giovani sono a contendersi i pochi spazi rimanenti[8]. Aziendalmente (e socialmente) parlando, siamo di fronte a uno spreco enorme di risorse.
Una possibile soluzione potrebbe nascere dall'osservazione del comportamento delle aziende "altre". Da tempo esistono collaborazioni dirette tra il mondo dei professionisti dell'area dei servizi e i neolaureati che intendono inserirsi nel settore. Penso, *in primis*, agli avvocati e ai commercialisti, ma possiamo anche osservare gli artigiani di alto livello. I giovani sono inseriti nella struttura a fare pratica. Il che rappresenta appunto il periodo che permette il passaggio dalla teoria alla sua applicazione concreta. Ed è anche il momento in cui il mercato interviene, questa volta sì, a selezionare i migliori – che diventano bravi – e gli altri che non dispongono di strumenti conoscitivi e concettuali e di manualità di pari livello. Naturalmente, in questa situazione in cui due bisogni si integrano a vicenda, e cioè da un lato il titolare che ha bisogno di collaborazione a costi sostenibili e dall'altra il neolaureato che deve contemporaneamente fare esperienza e lavorare, occorrono almeno due punti fermi di partenza.

1. Il titolare di azienda odontoiatrica si pone nell'ottica di trasferire formazione, di essere tutor. La crescita professionale del giovane collaboratore è graduale, dalle situazioni più semplici a quelle più complesse, sulla base di obiettivi che il titolare, in quanto professionista esperto, è in grado di

TOSCO_17x24_02.indd 44 7-07-2010 14:08:48

formulare e di seguire tenendo conto della qualità del feed-back. Naturalmente non si esclude che ci siano situazioni in cui occorre un collaboratore esperto, immediatamente in grado di affrontare situazioni complesse o specializzazioni particolari, ad esempio l'endodonzia. Ma spesso l'esigenza di collaborazione è più generica e il discorso vale per questi casi.

2. La retribuzione del collaboratore per il primo anno è da parametrare sulle categorie professionali dei praticanti dei settori a cui si faceva cenno in precedenza[9]. Dal secondo anno, o comunque dal momento in cui il tutor ritiene che esistano le condizioni cliniche, si può cominciare a collegare gli emolumenti con la produzione su una base fissa e sul monte ore di presenza nella struttura. Starà al titolare, tramite la segreteria, delegare al soggetto in formazione prestazioni che, per numero e tipologia, ricoprano il costo della retribuzione e comincino a rappresentare anche un progressivo utile per l'azienda, oltre che un reale smaltimento di lavoro, ai fini di alleggerire l'agenda e di permettere ragionevoli tempi d'attesa per l'assegnazione degli appuntamenti[10].
3. L'odontoiatra neolaureato si pone nell'ottica che, conseguito il titolo, deve passare del tempo a formarsi con la gradualità necessaria per giungere a fornire una prestazione clinica, esattamente come i suoi coetanei di altre lauree professionalizzanti.
   Quale luogo migliore di un'azienda odontoiatrica, dove trova una situazione reale organizzata in cui acquisire – accanto all'esperienza clinica – anche un modello di gestione, dove sperimentare dei modelli di comportamento, dove mettere a punto i flussi di comunicazione tra le varie componenti interne e con i pazienti, dove avere un tutor esperto che verifica, controlla e trasferisce esperienza.

Certo: occorre cominciare a capire che l'esperienza, così come in altre professioni, ha dei costi. E i ritorni economici procedono con i ritmi della crescita professionale.

1.3 L'igienista. Anche l'igienista appartiene all'area dei produttori.
L'evoluzione della funzione è stata notevole, grazie alla creazione della figura professionale giuridicamente riconosciuta.
La figura di igienista pone all'azienda – proprio perché appena giunta nell'area dei produttori di una azienda odontoiatrica – degli interrogativi che è opportuno non lasciar cadere. Si vedrà qui di elencarne alcuni.

1. L'igienista si colloca sul mercato come libero professionista[11]. Ma così come descritta o interpretata, almeno dalla categoria sindacale che raggruppa il maggior numero di questi operatori (l'AIDI), è una figura *obbli-*

TOSCO_17x24_02.indd 45 7-07-2010 14:08:48

gata per lo Studio odontoiatrico (azienda privata) che intenda offrire ai suoi pazienti il servizio di igiene orale (cioè tutti!).

2. Nei casi, per altro pochi, in cui un professionista privato viene imposto per legge a un soggetto privato (ad es., il notaio), viene almeno stabilito il range in cui può essere formulata la richiesta economica per la prestazione erogata.

Non è questo il caso, dal momento che non esistono parametri massimi e minimi definiti. Si sostiene che è il *mercato* a stabilire una richiesta economica adeguata.
Almeno in questo periodo non è così, poiché l'igienista, nell'avanzare la sua proposta economica, gioca contemporaneamente sull'obbligo di legge e sull'esiguità degli operatori che non coprono l'intero territorio.

Le modalità di retribuzione per l'attività di igiene sono almeno quattro:

– Retribuzione a intervento

Si richiede un prezzo fisso per ogni prestazione. È ovvio che il prezzo fisso può essere letto come la corrispondente percentuale sulla prestazione, ma il vantaggio per lo Studio è quello di non dover esibire il listino al collaboratore per il computo della percentuale, dal momento che si opera su un valore costante, e di pagare solamente le prestazioni realmente effettuate, senza subire i costi aggiuntivi legati alle disdette (pur subendo i costi fissi di struttura, comunque da sostenere). Può essere una modalità vantaggiosa se lo Studio ha difficoltà a controllare le disdette e i mancati appuntamenti.
Inoltre, a fronte di una variazione del listino, non scatta automaticamente l'aumento per l'igienista, come succede invece con le provvigioni.
Il vantaggio per il collaboratore è di non dover subire gli sconti che talvolta il titolare decide di applicare.

– Retribuzione a percentuale

Retribuzione calcolata come percentuale sulle prestazioni.
I vantaggi per lo Studio rimangono quelli di cui al punto precedente, eccetto l'esibizione del listino da cui non si può prescindere.
Inoltre, se lo Studio non dispone di un opportuno controllo di gestione, interviene la difficoltà a individuare la quota percentuale da erogare per la prestazione[12].
Gli svantaggi per il collaboratore sono l'automatica partecipazione agli sconti (sui quali non ha potere di intervento) e la difficoltà a calcolare l'importo complessivo che gli è dovuto.

– Retribuzione oraria

È la condizione teoricamente preferibile sia per lo Studio sia per il collaboratore, il quale:

TOSCO_17x24_02.indd 46 7-07-2010 14:08:48

- ~ può fare un calcolo previsionale dell'incasso in un periodo;
- ~ non subisce le diminuzioni dovute a eventuali sconti;
- ~ decide il valore della propria prestazione indipendentemente dalle disdette e/o dai mancati appuntamenti.

Lo Studio:

- ~ conosce a monte il costo da erogare al collaboratore;
- ~ può richiederne la presenza quando esiste una reale esigenza di lavoro;
- ~ può organizzare la presenza dei pazienti in modo da ottimizzare il tempo del collaboratore;
- ~ non è tenuto a esibire listini o preventivi per il calcolo del compenso da erogare.

Naturalmente, occorre che la segreteria dello Studio abbia le capacità di gestire e controllare al meglio le disdette e i mancati appuntamenti, dal momento che il collaboratore viene pagato comunque, anche se non deve erogare delle prestazioni.

– Personale dipendente

La figura dell'igienista diplomato, se inserita come dipendente all'interno della struttura, ha un suo contratto specifico previsto dall'attuale normativa del lavoro.

TOSCO_17x24_02.indd 47 7-07-2010 14:08:48

Note capitolo 02

* Il termine "titolare" è qui inteso come collocazione aziendale e non come individuo singolo. Può trattarsi anche di figura giuridica di fatto composta da più soggetti (soci, associati ecc.).

1. Il "leader" può essere definito, all'interno di un piccolo gruppo come un team, colui nel quale tutti i componenti del gruppo si riconoscono e da cui tutti si sentono rappresentati.

2. Il "capo" è colui al quale gli altri componenti del team riconoscono l'autorità di dare ordini e di comminare sanzioni, cioè di tradurre sul piano operativo gli indirizzi generali stabiliti dal leader (o dalla proprietà). Chi svolge questa funzione lo fa per delega, vuoi per le sue capacità, vuoi per motivi diversi dalle caratteristiche strettamente professionali. Per contro, nelle situazioni in cui è il leader a svolgere la funzione di capo, non sempre è costretto a farlo dall'esiguità del numero di operatori presenti nello Studio, quanto piuttosto dall'incapacità di delegare.

3. È molto pericolosa per l'azienda la situazione in cui il titolare non ricopre adeguatamente il suo ruolo, magari per una sensazione di inadeguatezza o per un malinteso assemblearismo, malattia infantile della democrazia aziendale. Il rischio è di rimandare all'infinito i tempi necessari per prendere le decisioni (che magari sono urgenti) o di collocare l'azienda in posizione di stallo.

4. Un esempio illuminante in tal senso viene dai modelli individuati per gli studi di settore.

5. Tra i professionisti che dedicano tutto il loro tempo lavorativo a erogare consulenze, non per tutti è possibile parlare di "scelta di vita". La definizione vale per i soggetti che, non avendo intenzione (o ritenendo di non averne le capacità) di mettere in piedi una propria azienda con tutti gli annessi che l'attività imprenditoriale comporta, scelgono deliberatamente l'obiettivo di una collocazione "free", offrendosi sul mercato solo con le loro capacità professionali. Tutt'altra situazione è quella del giovane che, in attesa di avere le capacità professionali adeguate e di aver accumulato il capitale necessario, svolge sì tutta la sua attività professionale nell'ambito della consulenza, ma la vive come un tempo di attesa necessario, ma temporaneo, in vista del vero obiettivo finale: uno Studio odontoiatrico proprio. Per contro, va anche detto che molti di coloro che aprono uno Studio, spesso non sanno che cosa comporti collocarsi oggettivamente nella condizione di imprenditore e pensano romanticamente alla pratica dell'odontoiatria come esercizio di una redditizia branca della professione medica, poco o nulla sapendo della fatica quotidiana della collegata azione imprenditoriale.

6. Si tratta, naturalmente, del punto di vista dell'organizzazione e non del profilo normativo.

7. È il caso molto diffuso dell'ortodonzia.

8. Si accennava in precedenza alla necessità di affrontare un serio dibattito interno alla categoria sui suoi sviluppi a medio termine. È indubbio che si è davanti a una situazione in rapido cambiamento, perché varia la società a cui si rivolge l'odontoiatra e quindi le aspettative dell'utenza, variano i modi e i tempi di comparsa delle patologie, varia la composizione sociale degli appartenenti alla categoria professionale. Assumere posizioni che non ne tengano conto può significare, a medio termine, essere estromessi di fatto da processi sociali che non possono essere fermati. Dal punto di vista dell'interesse aziendale dei componenti di una qualsivoglia categoria professionale, è

TOSCO_17x24_02.indd 48 7-07-2010 14:08:48

Note capitolo 02

sicuramente più vantaggioso gestire il cambiamento piuttosto che subirlo.

9. Stiamo ben attenti a non considerare questo suggerimento come un modo per avere delle collaborazioni a basso costo, quasi una sorta di sfruttamento del collaboratore. In realtà, la retribuzione esiste, eccome. Solamente che non viene erogata in denaro, bensì in cultura e formazione, cioè in esperienza, realtà di cui il collaboratore ha assolutamente bisogno e a cui, per altro, occorre attribuire un valore economico. Inoltre, lo Studio deve sopportare i costi aggiuntivi dei tempi di lavorazione del collaboratore in formazione (necessariamente più lunghi), lo spreco di materiale di consumo per le operazioni non riuscite bene, e quindi rifatte, e del tempo direttamente dedicato da un clinico senior per attendere al controllo delle prestazioni fino a quando non si svolgeranno in autonomia.

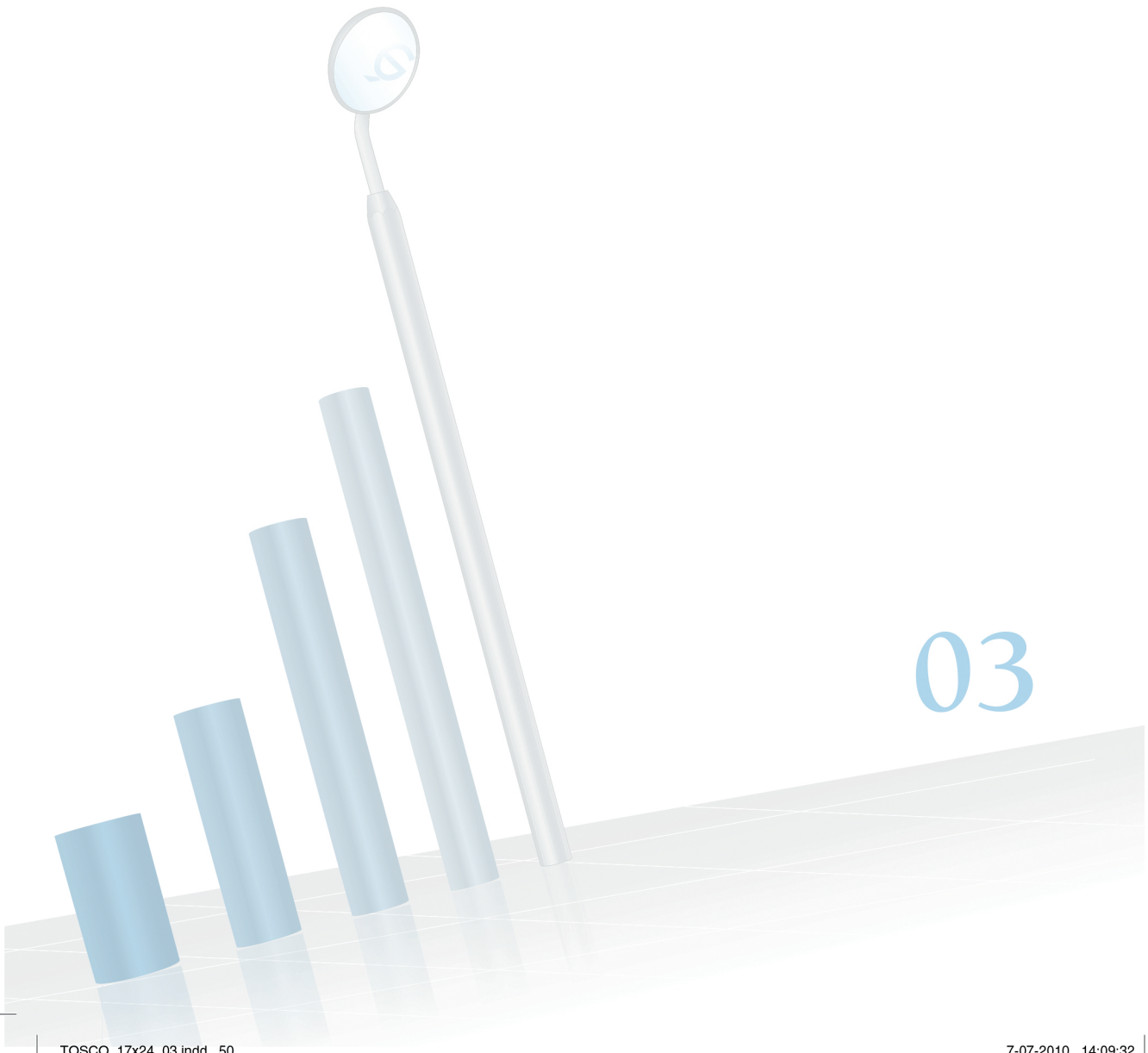
10. La nostra esperienza di organizzazione delle aziende odontoiatriche ci permette di affermare che, nei casi in cui il titolare si è posto seriamente nell'ottica di tutor e ha inserito una o più figure di collaboratori neolaureati, il risultato gestionale e, "last but not least", economico si è rivelato ampiamente positivo. L'obiezione che si sente più spesso, a fronte di questa proposta, è che «si forma una persona, magari rimane per tre anni e poi, quando sarebbe un dentista esperto se ne va ad aprirsi uno Studio per conto suo e mi tocca ricominciare da capo!». Premesso che non l'ha detto nessuno che dopo un certo tempo se ne deve andare, poiché in quel caso – e cioè a esperienza acquisita – ci sono tutte le condizioni perché si concordino dei rapporti economici allineati alla produzione, e che quindi si abbia un abbandono, è vero che è realistico prevedere che il giovane collaboratore voglia andare a costruirsi uno Studio suo. Del resto, per questo ha studiato e vuole agire come, a suo tempo, ha fatto il titolare della struttura presso la quale ha acquisito esperienza e professionalità. Questa è la condizione di tutte le aziende di professionisti, e tutti i professionisti degli altri settori lo mettono in conto. Non è pensabile che il mondo delle aziende odontoiatriche resti un *ortus conclusus* mentre attorno tutto cambia. Ancora una volta si ritiene che sia più utile gestire il cambiamento anziché subirlo in ogni caso.

11. Tuttavia, tale collocazione è probabilmente imprecisa. Infatti, non è chiaro se questo professionista possa svolgere la sua attività autonomamente, oppure solo se in presenza di un medico e/o di un odontoiatra. Se non potesse operare autonomamente, verrebbe a cadere uno dei caratteri sostanziali che definiscono il professionista, e cioè l'autonomia operativa. Si deve ipotizzare la nascita di un nuovo livello di professionisti?

12. Si richiama il solito mitico mercato, a cui tutti si adeguano senza sapere poi su quale base reale si individua una percentuale ritenuta congrua. La percentuale non può in alcun caso essere considerata una variabile indipendente dai costi dello Studio. Ne consegue che non può esistere una percentuale di mercato. Ogni Studio è un caso a sé e non può prescindere dai suoi costi generali. Una percentuale che permette un margine di utile in uno Studio può rivelarsi eccessiva per un altro e viceversa.

TOSCO_17x24_02.indd 49 7-07-2010 14:08:48

Gli operatori dello Studio organizzato: le RU di supporto ai clinici



03

TOSCO_17x24_03.indd 50 7-07-2010 14:09:32

Premessa: area delle Risorse Umane di supporto alla produzione

Comprende i soggetti che dispongono delle conoscenze necessarie e sufficienti per affiancare il produttore nel lavoro che deve svolgere.
È ovviamente indispensabile che le RU collocate in questo livello dell'azienda siano a conoscenza, seppure a diversi livelli di approfondimento, dei processi (cioè dell'obiettivo che si vuole raggiungere) e delle relative procedure da applicare. La mancata conoscenza è una delle cause principali di sofferenze nei flussi delle informazioni, con effetti a cascata sul versante economico e sulla qualità del prodotto fornito.
L'area comprende due grandi funzioni:

- funzione di segreteria, da distinguere a sua volta in:
  - ~ reception;
  - ~ amministrazione;
- funzione di supporto clinico (assistenti).

In alcuni casi è presente anche un addetto alla sterilizzazione e al lavaggio dei ferri. Spesso è presente una figura (o una società esterna) addetta alla pulizia dei locali e degli Studi in momenti di assenza degli operatori[1] (Cfr. Fig. 1).

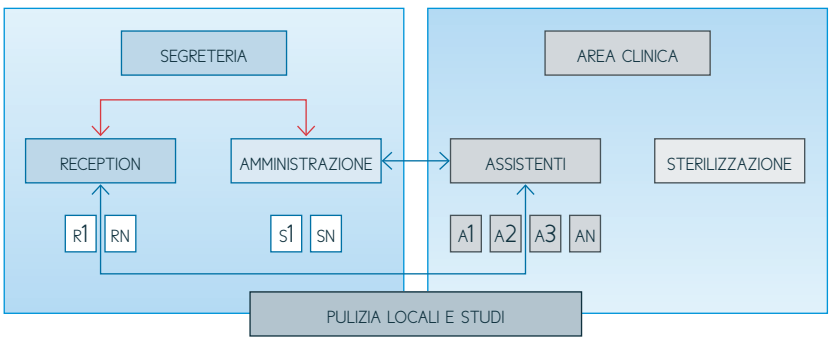


Fig. 1

Si toccheranno, in questa sede, solo alcune questioni relative alle RU che emergono con maggior frequenza in fase di organizzazione di una struttura odontoiatrica.

1. Il numero degli addetti

Uno dei problemi che il titolare si trova spesso ad affrontare è riassunto nell'affermazione: «Dottore, non ne ho avuto il tempo!».
Si dovrebbe dedurre che siamo di fronte a un numero sotto dimensionato di addetti e che il problema si potrebbe risolvere con l'inserimento di un nuovo soggetto. Ma non è detto che sia così. Il motivo potrebbe essere dovuto a processi non chiari, a procedure non apprese in modo corretto, a mansioni non spiegate, a ritmi di esecuzione del lavoro non commisurati alla tipologia

TOSCO_17x24_03.indd 51 7-07-2010 14:09:32

dello Studio, a stratificazione di comportamenti mai rivisti nel tempo.
Talvolta può concorrere più di una causa a generare la sensazione di essere sotto organico e quindi che il carico di lavoro sia eccessivo.
Occorre, innanzitutto, verificare il monte ore di presenza in Studio dei produttori clinici e quello complessivo delle RU nello stesso periodo di tempo. Un rapporto corretto, seppure con tutta l'elasticità dovuta al concorso di variabili quali il territorio, la tipologia delle patologie curate, la componente del fattore umano dei dipendenti ecc., dovrebbe essere al massimo di 1:1,25. Cioè, a fronte di un'ora di presenza di un operatore clinico non si dovrebbe superare, sommando la presenza nello stesso periodo degli addetti, il tempo di un'ora e un quarto. Ragionando sulla giornata, 8 ore di presenza del clinico devono essere affiancate da un massimo di 10 ore delle RU di supporto. Se il rapporto è superiore, è molto probabile che esista un serio problema organizzativo; se è inferiore, probabilmente siamo di fronte a una carenza di organico.
Proviamo a osservare l'esempio della Tab. 1.

25,5	16	4	4	3,5	25,5	25,5	6	24,25	40	40	0	40	40	0
M1	M2	M3	M4	M5	M6	am6	ig1	ig2	a1	a2		s1	s2	p

Studio dr.																										
	data:																									
	cod.	Operatori	8	8+	9	9+	10	10+	11	11+	12	12+	13	13+	14	14+	15	15+	16	16+	17	17+	18	18+	19	20+
LUNEDÌ	M1	dott. 1			1	1	1	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1				
	M2	dott. 2			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	M3	dott. 3																								
	M4	dott. 4																								
	M5	dott. 5			1	1	1	1	1	1	1	1	saltuariamente													
	M6	dott. 6																								
	am6	assistente M6																								
	ig1	igienista 1																								
	ig2	igienista 2		0	1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	a1	assist. 1			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	a2	assist. 2			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	s1	segretaria 1		0	1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	s2	segretaria 2			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	0				
	p	società																								

Tab. 1

TOSCO_17x24_03.indd 52 7-07-2010 14:09:32

Studio dr.																														
	data:																													
	cod.	Operatori	8	8+	9	9+	10	10+	11	11+	12	12+	13	13+	14	14+	15	15+	16	16+	17	17+	18	18+	19	20+
MARTEDÌ	M1	dott. 1			1	1	1	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1					
	M2	dott. 2																								
	M3	dott. 3																								
	M4	dott. 4																								
	M5	dott. 5																								
	M6	dott. 6			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1			
	am6	assistente M6			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1			
	ig1	igienista 1																								
	ig2	igienista 2																								
	a1	assist. 1			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	a2	assist. 2			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	s1	segretaria 1			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	s2	segretaria 2		0	1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	0				
	p	società																								

Studio dr.																														
	data:																													
	cod.	Operatori	8	8+	9	9+	10	10+	11	11+	12	12+	13	13+	14	14+	15	15+	16	16+	17	17+	18	18+	19	20+
MERCOLEDÌ	M1	dott. 1			1	1	1	1	1	1	1															
	M2	dott. 2			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	M3	dott. 3																								
	M4	dott. 4																								
	M5	dott. 5																								
	M6	dott. 6																								
	am6	assistente M6																								
	ig1	igienista 1														1	1	1	1	1	1					
	ig2	igienista 2			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	a1	assist. 1			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	a2	assist. 2			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	s1	segretaria 1		0	1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	0				
	s2	segretaria 2			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	p	società																								

TOSCO_17x24_03.indd 53 7-07-2010 14:09:32

Studio dr.																															
	data:																														
	cod.	Operatori	8	8+	9	9+	10	10+	11	11+	12	12+	13	13+	14	14+	15	15+	16	16+	17	17+	18	18+	19	20+
GIOVEDÌ	M1	dott. 1			1	1	1	1	1	1	1															
	M2	dott. 2													1	1	1	1	1	1	1	1				
	M3	dott. 3													1	1	1	1	1	1	1	1	ogni 3 settim.			
	M4	dott. 4																								
	M5	dott. 5																								
	M6	dott. 6			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1			
	am6	assistente M6			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1			
	ig1	igienista 1																								
	ig2	igienista 2			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	a1	assist. 1			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	a2	assist. 2			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	s1	segretaria 1			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	s2	segretaria 2		0	1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	0				
	p	società																								

Studio dr.																															
	data:																														
	cod.	Operatori	8	8+	9	9+	10	10+	11	11+	12	12+	13	13+	14	14+	15	15+	16	16+	17	17+	18	18+	19	20+
VENERDÌ	M1	dott. 1			1	1	1	1	1	1	1															
	M2	dott. 2																								
	M3	dott. 3																								
	M4	dott. 4																								
	M5	dott. 5																								
	M6	dott. 6			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1			
	am6	assistente M6			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1			
	ig1	igienista 1												1	1	1	1	1	1							
	ig2	igienista 2																								
	a1	assist. 1			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	a2	assist. 2			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	s1	segretaria 1		0	1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	0				
	s2	segretaria 2			1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				
	p	società																								

TOSCO_17x24_03.indd 54 7-07-2010 14:09:33

L'esempio è tratto da un caso reale. Il clinico M6 e la sua assistente (am6) utilizzano la struttura alcuni giorni alla settimana e sono autonomi dal punto di vista operativo. Incidono sul carico di lavoro del personale dello Studio solo per la quota di segreteria e per la quota di pulizia dei locali.
Le igieniste non incidono sulle RU se non per la quota di segreteria (richiami, reception, incassi, agenda).
In tale situazione, abbiamo circa 53 ore di presenza settimanale dei medici (dato per eccesso, poiché dott. 5 è presente saltuariamente il lunedì mattina e ogni 3 settimane il giovedì pomeriggio). Pur aggiungendo il tempo lavorato dalla segreteria per gli igienisti, arriviamo a 60 ore settimanali. Le RU sono presenti, complessivamente, 160 ore. Tenuto conto della partecipazione a corsi e assenze per altri motivi dei clinici, il rapporto diventa ancor più squilibrato.

Altre osservazioni generali

Il martedì abbiamo un assistente in eccesso tutto il giorno, così il giovedì (cambiano i medici, ma lavorano solo mezza giornata), il mercoledì 1 eccesso per mezza giornata, il venerdì abbiamo 2 assistenti per tutto il giorno a fronte di 1 operatore per mezza giornata.
Gli assistenti sono costantemente 2, presenti contemporaneamente.
Inoltre, il personale entra ed esce contemporaneamente ai clinici.
Ciò genera automaticamente degli straordinari e non indifferenti problemi organizzativi.

2. Definizione delle procedure

È già stato detto come sia importante precisare i processi e le procedure per poter elaborare un quadro organizzato in cui tutti gli operatori dell'azienda odontoiatrica si collocano e si muovono.
A ulteriore riprova si porterà di seguito un esempio di errore nella valutazione dei carichi di lavoro. Esso si inserisce nell'area dei cosiddetti "lavori nascosti", cioè di quelle mansioni che sono indispensabili per l'operatività dello Studio ma che, per un qualche motivo, non vengono calcolate all'interno delle procedure.
Prendiamo ad esempio il lavoro di sterilizzazione. Questo è un lavoro indispensabile che deve spesso essere svolto più volte al giorno, a seconda del numero dei pazienti e della quantità del materiale di cui si dispone, e non solo alla fine della giornata.
Questa mansione non solo è indispensabile, e quindi deve assolutamente essere svolta, ma occupa anche molto tempo. Inoltre, deve essere svolto con la massima attenzione perché interessa un aspetto fondamentale delle condizioni di svolgimento dell'attività odontoiatrica.
Succede spesso che l'azione di sterilizzazione non sia prevista.

TOSCO_17x24_03.indd 55 7-07-2010 14:09:33

Se si analizzano le procedure di svolgimento del lavoro del personale assistente, in pochi casi si trova il tempo – durante l'orario di lavoro – e/o il soggetto dedicato alla sterilizzazione.
Tuttavia, se il lavoro viene svolto ugualmente, occorre fare alcune riflessioni:

- forse non si attribuisce la dovuta attenzione a un compito così delicato;
- si lascia di tanto in tanto il medico a lavorare da solo per andare a fare un po' di lavaggio dei ferri;
- "ci si dà una mano" tra il personale (a volte coinvolgendo anche la segreteria)[2];
- non si prevedono dei tempi corretti per le sedute;
- ci sono disdette tali da permettere di fatto di ritagliare il tempo per lavori non previsti;
- se, invece, si fa tutto bene allora il carico e il ritmo di lavoro sono probabilmente eccessivi.

Ne conseguono stress, insoddisfazione diffusa, conflitti tra il personale, scarsa attenzione al paziente ecc.
Esempio 1: Tab. 2

analisi lavori nascosti – Sterilizzazione settimane; 03/6 – 07/06; 10/06 – 14/06					
	lun	mar	mer	gio	ven
ig. 1	225	240	158	206	95
s1	140	80	90	110	45
s2	85	160	68	96	50
assist. 1	75	130	355	110	0
s1	10	10	5	20	
s2	65	120	30	90	
assist. 2	33	79	116	96	5
s1	20	44	73	58	5
s2	13	35	43	38	
assist. 3	205	135	70	30	70
s1	185	110	40	20	70
s2	20	25	30	10	
	0	0	0	0	0
s1					
s2					

TOT Quot. x2 sett.	538	584	379	442	170
s1	355	244	208	208	120
s2	183	340	171	234	50
MEDIA Quot.	269	292	189,2	221	85
pari a ore	4	4	3	3	1
min.	29	52	9,5	41	25

minuti						
TOT indiv. x2 sett.	TOT indiv. a sett.	MEDIA indiv. x2 sett.	pari a ore	pari a min.	ore	min.
924		462	7	42		
	465				7	45
	459				7	39
350		175	2	55		
	45				0	45
	305				5	5
329		164,5	2	44,5		
	200				3	20
	129				2	9
510		255	4	15		
	425				7	5
	85				1	25
0		0	0	0		
	0				0	0
	0				0	0

17,6 ORE
ALLLA SETTIMANA

Tab. 2
s1 = settimana 1
s2 = settimana 2

TOSCO_17x24_03.indd 56 7-07-2010 14:09:33

Questo esempio, come pure il successivo della Tab. 3, riguarda uno Studio che non prevedeva nelle procedure il tempo specifico per la sterilizzazione. Gli operatori clinici sono due con un igienista, coinvolto anch'esso nell'azione di sterilizzazione non solo del materiale suo specifico, ma anche di quello dei medici[3].

Il tempo dedicato da ogni soggetto alla sterilizzazione viene rilevato segnando i minuti dedicati, di volta in volta, all'azione di pulizia dei ferri. Ogni soggetto ha rilevato i dati per 2 settimane.

Il risultato che emerge è di 17,6 ore alla settimana di lavoro non previsto all'interno delle procedure dell'assistenza quotidiana alla poltrona.

Esempio 2: Tab. 3

analisi lavori nascosti – Sterilizzazione					
settimane: 26/11 – 30/11; 3/12 – 7/12					
	lun	mar	mer	gio	ven
ig. 1	33	50	35	45	55
s1	18	10	20	20	15
s2	15	40	15	25	40
ig. 2	65	20	54	31	34
s1	47	15	27	11	25
s2	18	5	27	20	9
assist. 1	90	12	36	56	56
s1	45	12	7	35	7
s2	45		29	21	49
assist. 2	0	0	0	65	25
s1					
s2				65	25
segr. 2	94	18	5	50	45
s1	10	18	5	25	38
s2	84			25	7
segr. 1	65	30	50	60	70
s1	40	30	20	40	50
s2	25		30	20	20

TOT Quot. x2 sett.	347	130	180	307	285
s1	160	85	79	131	135
s2	187	45	101	176	150
MEDIA Quot.	173,5	65	90	153,5	142,5
pari a ore	2	1	1	2	2
min.	53,5	5	30	33,5	22,5

minuti						
TOT indiv. x2 sett.	TOT indiv. a sett.	MEDIA indiv. x2 sett.	pari a ore	pari a min.	ore	min.
218		109	1	49		
	83				1	23
	135				2	15
204		102	1	42		
	125				2	5
	79				1	19
250		125	2	5		
	106				1	46
	144				2	24
90		45	0	45		
	0				0	0
	90				1	30
212		106	1	46		
	96				1	36
	116				1	56
275		137,5	2	18		
	180				3	0
	95				1	35

10,4 ORE
ALLLA SETTIMANA

Tab. 3
s1 = settimana 1
s2 = settimana 2

In questo Studio, che non prevedeva nelle procedure il tempo specifico per la sterilizzazione, gli operatori clinici sono 3 (1 full-time e 2 part-time, 2 igienisti, coinvolti anch'essi nell'azione di sterilizzazione non solo del materiale specifico, ma anche dei medici).

TOSCO_17x24_03.indd 57 7-07-2010 14:09:33

Alla sterilizzazione si dedicano i 2 igienisti, le 2 assistenti e le 2 segretarie. Il risultato che emerge è di 10,4 ore alla settimana di lavoro non previsto all'interno delle procedure dell'assistenza quotidiana alla poltrona.

3. La sovrapposizione di professionalità

Nelle strutture odontoiatriche di dimensioni ridotte succede spesso di avere una o più assistenti che svolgono anche la funzione di segreteria[4]. Non esiste una persona specificamente addetta alla segreteria. La motivazione fornita è sempre la stessa: è un costo aggiuntivo che si può evitare.
Il ragionamento muove dall'assunto che, mentre l'assistente è una figura necessaria a sostegno del medico, la segretaria è una figura minore e i suoi compiti possono essere svolti da un'assistente. Mentre l'assistente affianca il medico durante le sedute, può anche rispondere al telefono e gestire l'agenda, magari con l'ausilio di un cordless. Talvolta si può anche allontanare per redigere un preventivo e fare un incasso. In fondo che altro c'è da fare? Non si ritiene che sia così[5].
L'addetto di segreteria e l'assistente possiedono (e *devono* possedere) delle professionalità del tutto diverse. Sono collocati in aree aziendali e produttive differenti. Hanno responsabilità e devono svolgere procedure diverse per organizzare la produzione aziendale. Hanno da seguire processi e procedure diversi nel rapporto con i clienti. Utilizzano attrezzature che richiedono conoscenze e capacità diverse. La funzione di segreteria, tra le RU di supporto all'azione clinica, è centrale in un'azienda odontoiatrica.
Essa si scompone in due momenti, a volte solo teorici negli Studi di minore dimensione e a volte reali in quelli più grandi, che comprendono procedure e mansioni diverse.

La receptionist deve:

- rispondere al telefono;
- smistare le chiamate agli operatori o, meglio, segnare le chiamate su appositi foglietti e consegnarli all'assistente tra un paziente e l'altro;
- gestire l'agenda, sia telefonicamente sia con chi si presenta di persona;
- fare le conferme e i richiami (ricordando contestualmente le eventuali scadenze di pagamento segnalate dall'Amministrazione);
- ricevere i clienti e farli accomodare in sala d'attesa, avvisando l'assistente dell'arrivo del paziente;
- segnalare urgentemente le disdette;
- procedere agli incassi come (e se) segnalato dall'Amministrazione come concordato al momento dell'accettazione del preventivo;
- segnalare all'Amministrazione l'avvenuto pagamento;

TOSCO_17x24_03.indd 58 7-07-2010 14:09:33

- attribuire in agenda le date delle sedute per i nuovi pazienti che hanno accettato il preventivo;
- inserire le variazioni dell'agenda;
- inserire i dati necessari al controllo di gestione.

L'amministrazione deve:

- presentare i preventivi e farli accettare;
- stabilire le modalità di pagamento e comunicarle (se e quando necessario) alla reception;
- procedere direttamente agli incassi che si presentano come particolari e segnalare quelli che possono essere richiesti dalla reception;
- registrare le variazioni di preventivo durante la lavorazione;
- controllare che i dati reali di produzione e gli incassi siano corretti e che sia segnalata ogni variazione (disdette, cambio merce, prestazione gratuita, variazione da tariffario, rifacimento lavori e relativo valore di scostamento dalla produzione reale);
- redigere la prima nota per il commercialista (e sua trasmissione al professionista);
- controllare la correttezza della situazione finanziaria registrata e renderne conto al titolare;
- segnalare al titolare i casi di criticità che si possono verificare con dei pazienti;
- segnalare con ragionevole anticipo al titolare le scadenze di pagamento dello Studio (ed eventualmente anche di quelle personali, se il pagamento avviene tramite il conto dello Studio);
- controllare la congruità delle fatture fornitori sia a fronte della merce ricevuta (è richiesta la collaborazione di un operatore clinico) sia a fronte degli accordi economici stabiliti a suo tempo.

Risulta evidente, dall'elenco delle principali mansioni indicate, che si richiedono delle capacità che molto raramente un'assistente possiede e che non ha, in ogni caso, il tempo di svolgere. Soprattutto nel caso in cui una sola persona ricopra sia il compito di segreteria sia quello di amministrazione.

Rimangono ancora altri compiti generali che non possono essere elusi:

1. la predisposizione, prima del termine della giornata di lavoro, delle cartelle dei pazienti previsti per il giorno successivo. Naturalmente, se il processo rimane uguale, sia che esista un supporto informatico sia che si registrino le azioni su supporto cartaceo, la procedura varia notevolmente nell'uno o nell'altro caso. All'interno del supporto informatico,

TOSCO_17x24_03.indd 59 7-07-2010 14:09:33

abbiamo ulteriori variazioni se si lavora con la sola stazione di segreteria oppure con terminali presso i singoli riuniti[6]. Ciò permette all'amministrazione di controllare la situazione finanziaria di ogni paziente e di predisporre gli interventi necessari (ricordare i pagamenti durante le telefonate di conferma, prepararsi a discutere la situazione con il paziente), avvisare eventualmente il medico dei ritardati versamenti, fornire alle assistenti le informazioni per la predisposizione degli studi e dei manufatti del laboratorio;

2. la gestione del magazzino. La funzione di responsabile del magazzino non può essere delegata a una persona qualunque. Deve essere organizzata e seguita, altrimenti rischia di costituire un serio costo aggiuntivo per l'azienda odontoiatrica: il tempo perso per reperire il materiale, lo spreco per scadenze non controllate, i prodotti in esubero che, acquistati magari in presenza di offerte allettanti, si rivelano essere poi nei fatti una spesa che si poteva evitare, il confronto costante delle offerte e dei prezzi migliori praticati dai vari distributori ecc.;
3. i rapporti con i laboratori. La questione, relativamente semplice in sé, può a volte complicarsi per la mancanza di procedure chiare e precise. Suggeriamo un modello di procedura, naturalmente generale e teorico e da ritarare ogni volta sulla base della situazione dello Studio, che è quello illustrato in Fig. 2.

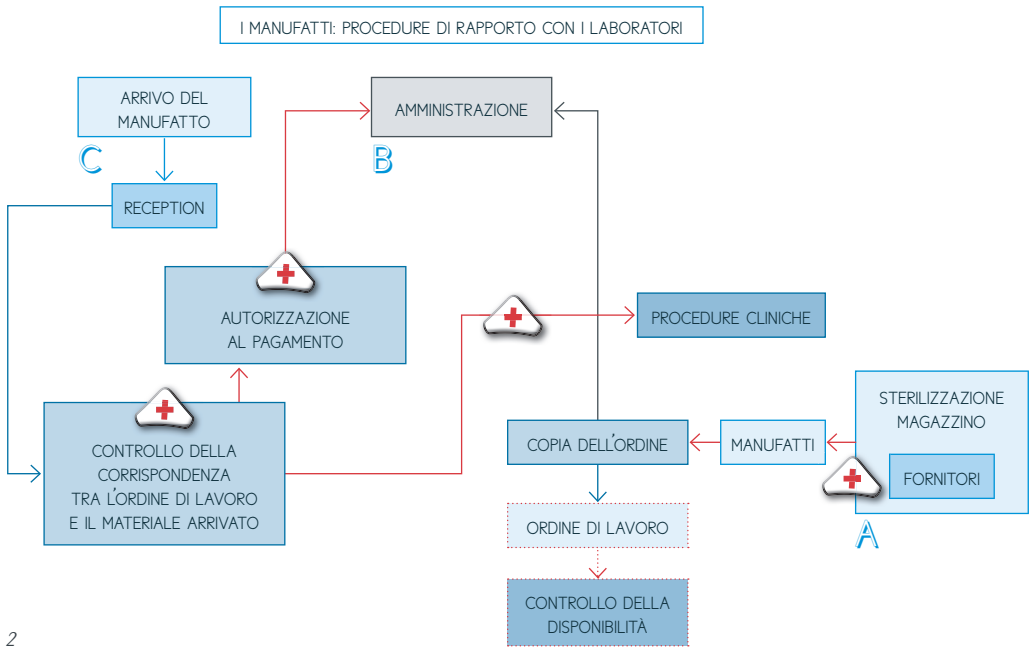


Fig. 2

TOSCO_17x24_03.indd 60 7-07-2010 14:09:34

Nel caso è indispensabile che si coordino l'assistente e la segreteria (reception e amministrazione):

~ l'assistente, perché è la figura che conosce le caratteristiche del manufatto che deve essere prodotto, il tempo entro cui deve arrivare in Studio per l'appuntamento successivo, le conoscenze tecniche per controllare che il prodotto abbia le caratteristiche richieste in fase di ordinazione;

~ la segreteria, perché deve disporre il pagamento sulla base degli accordi stabiliti con il laboratorio.

Descrizione del flusso di processo

La figura che gestisce il processo è l'assistente, poiché è lei che – lavorando a fianco del dentista – conosce le caratteristiche del manufatto che deve essere realizzato.

Inizio dal punto A: l'assistente stila la copia dell'ordine (di cui consegna copia all'amministrazione, punto B), formula l'ordine di lavoro e verifica la disponibilità del laboratorio a consegnare il manufatto nei tempi necessari o possibili.

Il manufatto arriva alla reception (punto C), che avvisa l'assistente.

L'assistente verifica che il manufatto corrisponda all'ordine di lavoro; se sì, autorizza l'amministrazione al pagamento; l'amministrazione, da quel momento, seguirà le sue procedure abituali e l'assistente gestirà il manufatto per le abituali procedure cliniche.

Fine del processo.

4. Assunzione full-time o part-time

Si trova spesso, nelle aziende odontoiatriche, un gran numero di RU assunte a tempo parziale. Non sempre ciò corrisponde a reali esigenze dello Studio. Fermo restando che una persona assunta a 20 ore alla settimana, al datore di lavoro non costa la metà di una assunta a 40 ore (a tempo pieno), ma di più, e che il lavoro straordinario di una RU part-time costa all'azienda di più di una assunta full-time, rimane vero che, se un soggetto è realmente necessario solo per un tempo parziale, è opportuno assumerlo così.

Del resto la legge lo prevede.

Tuttavia, in questo caso occorre, per evitare che un apparente risparmio diventi nella realtà un costo aggiuntivo, che:

– gli orari dello Studio siano effettivamente rispettati e non siano invece soggetti a variazioni abituali, altrimenti le ore di straordinario inizieranno a incidere in modo notevole sui costi;

– gli straordinari siano effettivamente tali (che si richiedano, appunto, in

TOSCO_17x24_03.indd 61 7-07-2010 14:09:34

casi straordinari) e non siano invece delle ore strutturali per il funzionamento dello Studio. Nel qual caso, le 20 ore ufficiali, ad esempio, diventano magari le sistematiche 25 ore, di cui 5 formalmente straordinarie e retribuite come tali, ma di fatto ordinarie. Se così fosse, sommando il maggior costo proporzionale del part-time rispetto al full-time e quello della maggiorazione degli straordinari – pagati in proporzione di più di quelli del full-time – c'è da chiedersi se non convenga avere quella RU a tempo pieno. Si avrebbe un servizio maggiore, si eviterebbero probabilmente tutti gli straordinari e si diminuirebbe, in proporzione, l'incidenza dello stipendio[7].

5. Altre questioni

In questo testo non siamo in un contesto che permetta, non dico l'approfondimento, ma neppure un superficiale approccio ai molti temi che richiederebbero, ognuno, una lunga e approfondita riflessione e l'esposizione di esempi di soluzioni individuate – a volte anche brillantemente – nelle singole aziende odontoiatriche. Occorrerà limitarci a dei titoli e rimandare le riflessioni ad altri momenti.

Il turnover

L'idea del "posto fisso" è un retaggio che la generazione che ci precede (entrata nel mondo del lavoro negli anni successivi alla fine della guerra), si porta dietro. L'aspirazione al posto sicuro, individuato nel posto pubblico o in poche grandi aziende private – come, ad esempio, la Fiat per la realtà torinese – ha segnato il rapporto "datore di lavoro-lavoratore dipendente" con una sorta di tacito *do ut des*: tu mi garantisci il "posto" e io ti garantisco la mia presenza per tutta la vita!

Questa concezione del lavoro, dove la fatica consisteva nel trovare "il posto" indipendentemente dal contenuto di conoscenza che occorreva possedere, ha segnato sì i dipendenti, ma anche, e spesso profondamente, i datori di lavoro. Ciò è ancora più evidente nel mondo dei professionisti, dove ai dipendenti si richiedono delle conoscenze particolari che devono essere trasmesse nell'arco di un certo tempo.

È ovvio che un professionista preferisce trasferire conoscenza a un soggetto che concepisce il lavoro come una scelta per la vita. Tuttavia, oltre una certa soglia di preferenza occorre stare attenti a non diventare ricattabili. Succede di incontrare a volte professionisti che, pur avendo a suo tempo formato il personale che li affianca, vedono ora la possibilità di un abbandono come una tragedia, come un rischio di tracollo dell'impresa stessa. Dimenticando che se quella azienda esiste, è tale perché esiste il titolare. C'era prima e ci sarà dopo il dipendente. Certo, può essere fastidioso, magari il turn-over

TOSCO_17x24_03.indd 62 7-07-2010 14:09:34

può creare qualche difficoltà, ma sicuramente non crolla l'azienda. O, se entra seriamente in difficoltà, lo sarebbe entrata comunque e per motivi diversi dal cambiamento di un dipendente, pur bravo che sia.
Occorre di sicuro fare in modo che non siano dei motivi di insoddisfazione a costringere un dipendente ad andarsene o a cambiare posto di lavoro. Perché il personale che si trova bene produce di più e meglio, le condizioni di lavoro complessive sono migliori per tutti, la qualità complessiva certamente aumenta.
Allo stesso modo, però, l'assenza di turnover aziendale, soprattutto in settori soggetti a veloci cambiamenti professionali e tecnologici, non è di per sé un bene. Innanzitutto, perché le nuove generazioni, e si intende i soggetti fino a trent'anni, non considerano più il "posto di lavoro fisso" come un bene o una garanzia. Intanto, perché garanzia economica lo è sempre meno, ma anche perché la permanenza fissa è percepita come staticità e incapacità di adeguamento, mentre il passaggio da un posto di lavoro a un altro è colto come indicatore positivo di capacità di rischio, di curiosità, di intraprendenza, di sperimentazione, di completezza, di atteggiamento trendy.
Del resto, negli Studi odontoiatrici molti titolari hanno sperimentato come assistenti, che sono ormai diventate delle istituzioni con il passare degli anni, se da un lato assicurano la sicurezza dell'abitudine e della ripetitiva consuetudine, dall'altro rappresentano ostacoli spesso invalicabili al cambiamento, costringendo l'azienda a seguire routine che sono certamente funzionali alla tranquillità quotidiana, ma progressivamente sempre più superate dai cambiamenti sociali e dai nuovi target emergenti.
Il turnover è in ogni caso una condizione emergente nelle nuove generazioni che entrano nel mondo del lavoro e che sono le nuove Risorse Umane a cui devono attingere i titolari delle aziende. Come sempre, è inutile tentare di opporsi a cambiamenti sociali che non si possono contrastare (sempre ammesso che ci si debba opporre). È meglio, e più vantaggioso, predisporsi a gestirli.

L'esperienza

L'assunzione di personale con *esperienza*. È evidente che uno se la costruisce con il tempo e vivendo in più ambienti.
I giovani senza esperienza sono da introdurre nella struttura, con tutto il periodo di formazione che ciò comporta e il rischio oggettivo che si sia scelta una persona non adatta alla funzione o alle mansioni richieste?
Le RU inserite con un bagaglio di esperienza possono essere riconvertite al modo di operare della nuova azienda, oppure la fatica necessaria per un corretto inserimento è superiore al vantaggio di avere una RU in grado di operare (bene o male) fin da subito?

TOSCO_17x24_03.indd 63 7-07-2010 14:09:34

La maternità

Poiché l'azienda odontoiatrica richiede, per il tipo di prestazione che fornisce, del personale prevalentemente femminile, quanto deve pesare la giovane età in previsione del matrimonio e della maternità?
Si deve optare per del personale che abbia già superato il periodo a rischio oppure ci sono possibilità organizzative che permettono di aggirare gli ostacoli, sicuramente reali?

La gestione delle Risorse Umane

La gestione delle RU comporta un notevole dispendio di tempo e di energie del medico, il quale, oltre a trovarsi spesso in difficoltà per gli scarsi strumenti formativi specifici di cui dispone, deve dedicarsi alla sua professione e mantenersi aggiornato. La gestione deve essere delegata a una delle RU che svolga la funzione di referente per tutti gli operatori di pari livello. Come si fa, come si individua e come la si forma?

La formazione e l'aggiornamento

La formazione, l'aggiornamento, la ri-qualificazione delle RU, per continuare a motivarle e a mantenerle al livello ottimale di qualità in cui si intende collocare l'azienda, è un dovere fondamentale di ogni datore di lavoro (il personale formato comprende meglio il lavoro che sta facendo, è maggiormente motivato e quindi produce di più e meglio) e lo è tanto più per il titolare di un'azienda odontoiatrica. La formazione viene erogata attraverso la socializzazione delle conoscenze interne (con l'incremento della stima verso l'azienda, il rafforzamento della coesione del team di lavoro e dell'autostima), attraverso la presenza di specialisti esterni che si recano in azienda a trattare temi specifici e attraverso la partecipazione a momenti formativi generali e specialistici esterni.
Questa attività occorre programmarla, gestirla e controllarla: quando, come e chi lo fa? E come si realizza senza incidere sulla produzione, anzi aspettandosi di incrementarla?

TOSCO_17x24_03.indd 64 7-07-2010 14:09:34

Note capitolo 03

1. Soprattutto negli Studi di maggiori dimensioni esistono altre figure che svolgono funzioni opportune e talvolta necessarie, ma non strutturali. Si trovano così, ad es.: l'addetto al sistema informatico, alle riprese e alle fotografie per la documentazione degli interventi, al montaggio del materiale di supporto ai corsi, traduzione di materiale da/in altre lingue, segreteria particolare di qualcuno dei titolari, capo del personale, direttore generale, addetto al magazzino, odontotecnico per produzioni straordinarie o urgenti ecc.

2. Quando si sente questa espressione durante la fase di organizzazione aziendale occorre stare molto attenti, poiché siamo di fronte a un segnale di sofferenza operativa. All'interno di un sistema organizzato non è previsto che gli addetti si aiutino, ma che facciano esattamente ciò che le procedure prevedono, essendo presenti in numero adeguato. Se "si aiutano" può significare che sono sotto dimensionati, o che le procedure non rispondono all'obiettivo, o che non conoscono i modi per svolgere le mansioni.

3. Naturalmente, durante la sterilizzazione l'igienista non produce e cambia automaticamente di segno, diventando un costo.

4. È successo, in rarissimi casi, di trovare la segretaria che interviene in funzione di assistente. È comprensibile in situazioni di emergenza (ad es.: figura dell'assistente non sterile in implantologia), ma si suggerisce particolare attenzione alla forma di contratto in cui la segretaria è collocata poiché, in caso di incidente, potrebbero presentarsi problemi di copertura assicurativa.

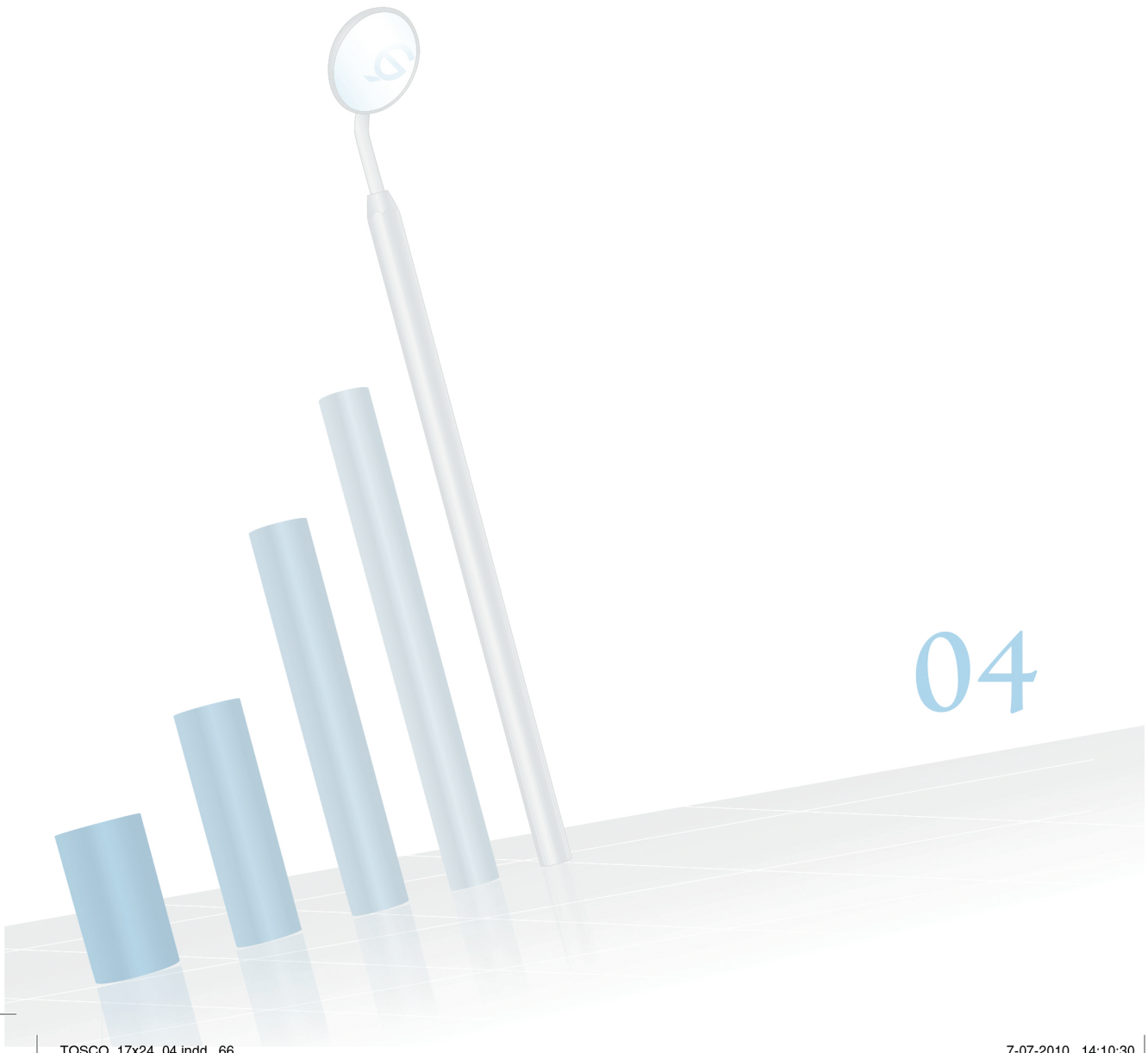
5. Si può affermare che i costi indiretti indotti in uno Studio dall'assenza di una segretaria sono molto maggiori di quelli connessi all'erogazione dello stipendio.

6. Da non sottovalutare l'importanza della formazione, che deve naturalmente essere diversa a seconda della tipologia del supporto informatico e della modalità di accesso che deve avere l'operatore in base alla sua funzione aziendale (receptionist, responsabile amministrazione, assistente alla poltrona, igienista, medico).

7. Poiché la situazione degli Studi può essere molto diversa da caso a caso, è fondamentale che, per la valutazione della convenienza, ogni azienda senta il parere del proprio consulente fiscale.

TOSCO_17x24_03.indd 65 7-07-2010 14:09:34

La Segreteria: funzione centrale dell'azienda odontoiatrica



04

TOSCO_17x24_04.indd 66 7-07-2010 14:10:30

Premessa

Nel sistema-azienda, l'area di segreteria riveste una peculiare importanza per la sua centralità strategica, configurandosi nel contempo come il punto di riferimento interno e l'immagine esterna dello Studio (Fig. 1).

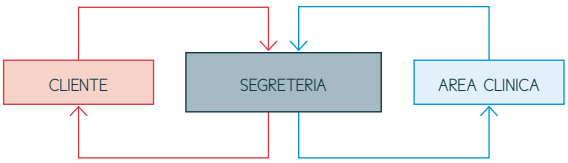


Fig. 1

A quest'area dedicheremo un approfondimento finalizzato a individuare gli standard di efficacia ed efficienza propri di una segreteria ottimizzata.

1. Requisiti professionali

Lo Studio, che nel suo processo di sviluppo prende atto della necessità di una figura dedicata alla funzione di segreteria, si trova a un punto delicato e determinante dell'azione riorganizzativa, da affrontare con attenzioni che permettono di ovviare a possibili errori di valutazione.
Di seguito illustreremo pro e contro di ogni opzione.

1.1 Soggetto neo-assunto. È preferibile orientarsi verso soggetti diplomati in materie tecnico-commerciali (per es., ragioneria, perito aziendale, alberghiero, operatore turistico) e quindi interessati ad applicare il know-how scolastico. In alternativa, può essere utile valutare le materie studiate[1].
È preferibile scegliere giovani motivati a costruirsi subito un'indipendenza economica e desiderosi di lavorare nell'ambito dei servizi alla persona.
Ad essi è possibile proporre forme contrattuali quali lo stage e l'apprendistato, che garantiscono un sostanziale equilibrio tra costi e redditività.
La scelta di soggetti con esperienza è invece da valutare attentamente, poiché l'importazione di professionalità maturate altrove può generare contrasti indesiderati. I soggetti privi di esperienza sono invece "fogli bianchi" su cui non c'è nulla da cancellare, ma solo da scrivere.
Infine, nella valutazione bisogna tener conto degli aspetti socio-psicologici quali la presunzione di capacità, la difficoltà a mettersi in discussione e l'indisponibilità alla formazione, nonché dei maggiori costi.

1.2 Soggetto interno. Nell'ipotesi di trasferimento in segreteria di un'assistente è necessario puntare su un soggetto con doti di leadership (o con forte riconoscimento professionale da parte del team), capacità relazionali, logica e flessibilità, ordine e disponibilità alla formazione.

TOSCO_17x24_04.indd 67 7-07-2010 14:10:30

Nella scelta sono invece da considerare con cautela:

- l'anzianità di servizio: talora l'assistente "storica" non ha nessun interesse a ricominciare un percorso formativo in un'area così diversa, oltre al fatto che "diventare la segretaria" non deve essere considerato sinonimo di *promozione*;
- la conoscenza di tutti i pazienti: l'eccessivo grado di confidenza rende più difficile la gestione dei rapporti, soprattutto economici (richiesta di sconti, dilazioni di pagamento).

Lo Studio che dispone già di una segreteria dedicata deve verificare la validità della scelta a suo tempo effettuata, analizzare imparzialmente il livello delle capacità tecniche raggiunto dai soggetti, valutare la corretta ripartizione delle mansioni (nel caso di più addetti), controllare gli orari, adeguare le procedure adottate nello svolgimento della funzione, richiamare la motivazione.

Per rispondere adeguatamente alle esigenze dei pazienti, la segreteria non può prescindere da un know-how tecnico-operativo strutturato, pertanto lo Studio deve pianificare la formazione e/o la riqualificazione professionale continua rivolta al personale di segreteria e volta ad acquisire/affinare gli strumenti per la gestione informatica e amministrativa.

2. Logistica

La coscienza dell'importanza della segreteria nel contesto dello Studio ha coinvolto anche architetti, designer e arredatori in questa specifica area. Diminuiscono le realtà in cui la segreteria non esiste o è un minuscolo spazio confinato all'ingresso dello Studio. Più frequentemente è presente una reception dotata di bancone, scrivania, cassettiere, archivi, attrezzature d'ufficio. Assai più raramente esiste l'ufficio amministrativo che, tuttavia, ogni Studio dovrebbe prevedere. Se le dimensioni del locale non consentono la compresenza di due spazi separati (o se c'è una sola segretaria), è opportuno isolare la reception con pareti e porta, possibilmente dotate di vetri per garantire il controllo visivo. Oppure introdurre almeno una divisione psicologica.

Per contro, in realtà che abbondano di metri quadri, l'ideale sarebbe strutturare due locali con ingresso separato, tra loro contigui e comunicanti, da destinare rispettivamente alla reception e all'amministrazione[(2)].

Alla reception si svolgeranno le attività di front-office quali:

- accueil;
- risposta telefonica;
- conferme;
- riproduzione copie;
- invio fax;

TOSCO_17x24_04.indd 68 7-07-2010 14:10:30

- incassi preordinati;
- stampa e consegna di fatture.

Nell'ufficio amministrativo si svolgeranno attività riservate quali:

- presentazione e discussione del preventivo;
- presentazione e definizione del piano e delle modalità di pagamento;
- incassi non preordinati;
- registrazioni amministrative;
- archiviazioni documentali;
- richiami di mantenimento;
- recupero crediti;
- ricezione di agenti e rappresentanti;
- discussioni con i pazienti.

Ogni segreteria deve essere impostata secondo gli standard previsti dalla normativa in materia di igiene e sicurezza sul lavoro, e informata sui criteri ergonomici, oltre che estetici.

Nel caso, è opportuno prestare particolare attenzione ai seguenti aspetti:

- la collocazione del monitor non deve consentire la visualizzazione dei dati da parte del paziente;
- il monitor deve essere allineato agli occhi dell'utente e collocato a una distanza adeguata. Se c'è poco spazio, prediligere un portatile o un monitor a cristalli liquidi;
- la stampante deve essere collocata vicino al computer per evitare inutili spostamenti. Se c'è poco spazio, prediligere una stampante/fotocopiatrice;
- il fax deve essere collocato sul piano della segreteria, soprattutto se la linea non è dedicata ed è necessario dare lo start manuale;
- il pos, meglio se cordless, deve essere collocato in posizione agevole per il paziente;
- i computer e gli apparecchi telefonici devono essere in numero pari agli operatori abituali di segreteria;
- i cavi devono essere raccolti in appositi convogliatori e posti fuori vista, privilegiando i sistemi wireless e cordless;
- gli archivi devono prevedere un sistema a cartelle sospese o a dossier per l'archiviazione del materiale cartaceo ed essere dotati di serratura di sicurezza;
- la sala d'attesa deve essere ispezionabile a vista.

TOSCO_17x24_04.indd 69 7-07-2010 14:10:30

3. Indicazioni operative

La segreteria ha il compito di porre in relazione i pazienti e l'area clinica nel minor tempo, con i minori costi e con il massimo grado possibile di reciproca soddisfazione.
Siamo dunque in presenza di un bisogno, di una domanda espressa dal mercato a cui lo Studio è in grado di rispondere con un'*offerta*, dietro corresponsione di un prezzo. La segreteria interviene in molteplici fasi della preparazione dell'offerta e della riscossione del prezzo.
Occorre che ciò avvenga con procedure precise e coordinate all'interno di un processo organico complessivo. Analizziamole nel dettaglio.

3.1 Il telefono. L'imprinting avviene nel corso della prima telefonata: è questo il principale momento in cui il paziente decide se si recherà o no nello Studio. È vero che molti pazienti hanno già deciso il loro interesse verso quello Studio per l'immagine sul territorio, perché riferiti da altri pazienti o perché è l'unico aperto ad agosto, ma è altrettanto vero che la sensazione restituita dal primo contatto è il solo strumento a disposizione del paziente per la valutazione preliminare dell'indice di gradimento.
Rientrano in questa tipologia di telefonate in input le richieste di prima visita, di controllo, di igiene non inserite in mantenimento e di cure urgenti.
È indispensabile che la segretaria acquisisca alcune informazioni che diverranno poi importanti, quali:

- nome e cognome;
- recapiti telefonici;
- motivo della richiesta;
- eventuali preferenze di medico;
- soggetto segnalante.

Negli Studi che utilizzano cartelle cartacee può essere utile riportare queste informazioni su un modulo pre-cartella (Fig. 2), consultabile durante la seduta. Se esiste un programma informatico è sufficiente compilare i campi preposti.

PRE-CARTELLA DI _____

TEL. _____

È la prima volta che si rivolge al nostro Studio? ☐ sì ☐ no

Informazioni sul problema:
☐ dente dolorante ☐ igiene ☐ visita ortodontica
☐ sospetta carie ☐ dente rotto dolorante altro _____
☐ mobilità ☐ gengive sanguinanti _____
☐ visita generica ☐ necessità protesica _____

Preferenza sul medico (solo se esplicita): ☐ dott. Rossi ☐ dott. Bianchi ☐ dott. Verdi ☐ dott. Neri

Inviato da _____

Fig. 2

TOSCO_17x24_04.indd 70 7-07-2010 14:10:30

Ugualmente importanti sono le telefonate tra la segreteria e i pazienti in terapia attiva[3]. La segreteria, accanto all'impegno dell'operatività quotidiana (recupero crediti, ricollocazione di appuntamenti), deve continuare a costituire per i pazienti una naturale abitudine dello Studio.
Il protocollo di gestione telefonica impostato deve muovere dalle seguenti considerazioni:

- il tempo della risposta influenza il giudizio del paziente: rispondere immediatamente dà la sensazione di ozio e trepida attesa, lasciare squillare troppo a lungo quella di disinteresse e lassismo. Sarebbe bene rispondere entro il terzo squillo;
- l'esordio deve usare una formula sempre uguale, trasmettere la sensazione di disponibilità e calore, garantire l'immediata individuazione dell'interlocutore. La formula ideale è: presentazione dello Studio - saluto - qualificazione («Studio Dott. Bianchi, buongiorno, sono Luciana»);
- in caso di più soggetti in segreteria, deve essere fissato un ordine nella risposta telefonica e nell'apertura della porta (il soggetto 2 interviene solo se il soggetto 1 è altrimenti impegnato), per evitare doppioni e interruzioni;
- il passaggio delle telefonate ai medici in operatività deve essere accuratamente evitato per questioni di:
  - ~ tempo (allungamento dei tempi della prestazione, quindi potenziale ritardo);
  - ~ riservatezza (non è opportuno che i pazienti ascoltino il contenuto delle comunicazioni);
  - ~ correttezza (i pazienti devono percepire la totale attenzione del medico)[4].

  Dichiarare la momentanea indisponibilità per ragioni cliniche.
  Le informazioni sulla telefonata devono essere riportate su un apposito memo (Fig. 3) da lasciare sulla scrivania del medico per il disbrigo tra un paziente e l'altro, o a fine giornata, oppure consegnate all'assistente quando si reca alla reception per accompagnare il paziente in uscita.

Studio Odontoiatrico dott. Bianchi — TELEFONATE

Data _____ Ora _____

Da _____

A _____

Motivo:

☐ richiama ☐ tel. uff. ☐ chiamare ☐ tel. ab. ☐ urgente ☐ cell.

Fig. 3

TOSCO_17x24_04.indd 71 7-07-2010 14:10:30

- il colloquio deve svolgersi secondo lo schema della comunicazione consapevole (apertura - individuazione del problema - risposta al problema - chiusura), privilegiando, a seconda del momento, gli aspetti di forma o quelli di contenuto;
- cortesia: sorridere al telefono dà la sensazione di attenzione, disponibilità e connota positivamente l'interazione.

3.2 L'accueil. Il momento dell'accueil (le operazioni che stanno attorno all'azione di ricevimento di un cliente) si colloca nella sfera della formazione e/o del rafforzamento della fidelizzazione.
Il protocollo di accueil da adottare dovrebbe muovere dalle seguenti considerazioni:

1. deve conformarsi al binomio sorriso-cortesia;
2. la ricezione deve avvenire di persona, possibilmente accompagnando il paziente in sala d'attesa o quantomeno interrompendo il proprio lavoro e alzandosi in segno di saluto;
3. se è in corso una conversazione telefonica, interrompere brevemente, fare accomodare e tornare alla chiamata interrotta. Se il paziente si dirige autonomamente in sala d'attesa, raggiungerlo e salutarlo;
4. il paziente nuovo deve essere accolto con preparazione adeguata[5];
5. il settore clinico deve essere subito avvisato dell'arrivo con il sistema di comunicazione interno[6];
6. anche la ricezione clinica deve avvenire di persona, con l'assistente che preleva il paziente dalla sala d'attesa e lo fa accomodare alla poltrona. L'assistente o l'igienista devono mettere in atto tutte le tecniche utili a trasmettere calma, sicurezza e professionalità;
7. quando un paziente ha un problema e lo segnala, bisogna operare per soddisfarlo nei limiti dell'autonomia previsti dalla funzione e nel rispetto della strategia complessiva dello Studio. È necessario:
   - ascoltare con attenzione;
   - porsi dal punto di vista dell'interlocutore;
   - stabilire i fatti in maniera oggettiva;
   - fornire tutto l'aiuto possibile ed evidenziare l'iter previsto per quel tipo di situazione;
   - indirizzare ad altri segnalando un riferimento;
   - fissare punti precisi per il controllo del work in progress a fronte di impegni assunti;

TOSCO_17x24_04.indd 72 7-07-2010 14:10:31

8. in caso di compresenza di più pazienti alla reception, gli ultimi arrivati devono essere sollecitati ad accomodarsi in sala d'attesa per attendere la chiamata secondo l'ordine di arrivo. È opportuno, in caso di affollamento alla reception, snellire le procedure e, se necessario, differirne alcune a un momento successivo (per es.: scalette appuntamenti, stampa di fatture);
9. in funzione di adempimenti di legge e per autotutela, per tutti i pazienti che accedono allo Studio sono indispensabili:
   - ~ scheda anagrafica da consegnare e far sottoscrivere al paziente in sede di prima visita o visita d'urgenza. La verifica dei dati, finalizzata al loro aggiornamento (indirizzo, telefono ecc.), deve avvenire quando il paziente si presenta ai controlli periodici o alle sedute di igiene, e comunque con cadenza annuale;
   - ~ 196/03 (Privacy), con la parte di informativa da far leggere o consegnare e quella di consenso da far sottoscrivere al paziente in sede di prima visita. Non sono necessari aggiornamenti perché il consenso viene reso *una tantum* e non ha scadenza;
   - ~ anamnesi da far compilare e sottoscrivere al paziente in sede di prima visita. La verifica dei dati, finalizzata al loro aggiornamento (allergie, gravidanza), deve avvenire quando il paziente si presenta ai controlli periodici o alle sedute di igiene e comunque con cadenza annuale.

   Tali documenti devono essere accompagnati da una breve presentazione scritta o verbale che ne illustri significato e finalità, nonché dall'indicazione di rivolgersi al personale clinico per informazioni o chiarimenti. È opportuno non fornire indicazioni in sala d'attesa, soprattutto in presenza di altri pazienti.
10. In funzione di adempimenti di legge e per autotutela, per tutti i pazienti che necessitano di particolari terapie sono indispensabili:
    - ~ consenso informato da consegnare e far sottoscrivere al paziente in sede di accettazione del preventivo, e comunque prima di effettuare la terapia. Il consenso deve essere nuovamente reso in caso di piani terapeutici successivi o sensibilmente diversi da quello originario;
    - ~ prescrizioni di laboratorio da preparare per tutti i lavori in uscita dallo Studio;
    - ~ conformità di laboratorio da controllare, eventualmente consegnare/far controfirmare al paziente e archiviare;
    - ~ istruzioni pre e post operatorie da consegnare al paziente, verificandone telefonicamente l'applicazione prima e dopo la seduta di riferimento.

TOSCO_17x24_04.indd 73 7-07-2010 14:10:31

3.3 L'agenda. Indicatore privilegiato della valutazione di efficacia ed efficienza della segreteria è l'organizzazione degli spazi e dei tempi dello Studio.
Due sono le condizioni che, se rispettate, contribuiscono a gettare le fondamenta per la costruzione di un'agenda strutturalmente sana:

- la pianificazione: è di fondamentale importanza per la segreteria disporre del piano di trattamento redatto dal medico in seguito all'accettazione del preventivo che evidenzi:
  - ~ l'accorpamento delle azioni cliniche in seduta;
  - ~ la sequenza logica e cronologica delle sedute;
  - ~ i medici, le assistenti e i riuniti interessati;
  - ~ il tempo e il valore di produzione previsto per ogni seduta;
  - ~ l'intervallo minimo (eventuale) che deve intercorrere tra una seduta e l'altra;
- l'esclusività: affidare la compilazione unicamente alla segreteria consente di:
  - ~ costruire codici di comunicazione veloce;
  - ~ evitare perdite di informazione;
  - ~ sveltire la ricollocazione degli appuntamenti;
  - ~ ripristinare agevolmente le disdette.

È opportuno che gli operatori clinici si astengano dall'organizzazione dell'agenda, limitandosi a fornire alla segreteria, preventivamente e in forma scritta, le indicazioni sotto forma di piano di trattamento o di istruzioni operative.
Il protocollo operativo per la gestione dell'agenda dovrebbe muovere dalle seguenti considerazioni:

- l'abbinamento di specifiche sigle a determinate tipologie di appuntamenti consente di individuare rapidamente gli appuntamenti a cui prestare particolare attenzione:
  - ~ lavori protesici: per i quali la presenza del manufatto in Studio deve essere verificata quotidianamente, in tempo utile per eventuali riorganizzazioni;
  - ~ impianti: per i quali la presenza dei materiali specifici in Studio deve essere verificata la settimana precedente, in tempo utile per l'eventuale riapprovvigionamento;
  - ~ interventi particolari: per i quali la presenza del materiale diagnostico (opt, tac, rx, esami vari) in Studio deve essere verificata il giorno precedente, in tempo utile per reperirla;

TOSCO_17x24_04.indd 74 7-07-2010 14:10:31

- l'attenzione al "fattore tempo" consente di ovviare a gran parte dei tempi morti e di evidenziare i tempi nascosti che generano ritardi e sovrapposizioni. È opportuno pertanto:
  - ~ programmare a medio-lungo termine;
  - ~ fissare gli appuntamenti all'apertura dello Studio tenendo conto del tempo richiesto dalle operazioni preparatorie (serrande, riuniti, computer, divisa), per partire puntuali;
  - ~ rispettare gli orari di lavoro e, per quanto possibile, la tempistica programmata;
  - ~ non improvvisare;
  - ~ segnalare tempestivamente in segreteria gli imprevisti per attivare i necessari correttivi (avvisare il paziente in sala d'attesa, telefonare per posticipare o spostare gli appuntamenti successivi);
- le urgenze devono essere inserite nella programmazione sotto forma di *spazio-spugna*[7]. La segreteria deve essere dotata degli strumenti per valutare il livello di gravità ed esercitare il primo filtro. L'appuntamento sarà poi fissato sulla base delle indicazioni ricevute dal medico;
- i mancati appuntamenti e le disdette devono essere prontamente segnalati al medico per la riorganizzazione del tempo liberato (ad es.: con l'incremento di prestazioni al paziente in poltrona, anticipazione del paziente successivo, stesura di piani di trattamento ecc.). I pazienti devono poi essere sentiti in giornata per fissare un nuovo appuntamento o, in caso di impossibilità, inseriti in lista d'attesa;
- la lista d'attesa, contenente i nominativi dei pazienti anticipabili o senza appuntamento, deve essere aggiornata quotidianamente e utilizzata per la sostituzione delle disdette e il recupero degli appuntamenti sospesi (appuntamento disdetto e lasciato in attesa, malattie, sopravvenuti problemi economici ecc.);
- le scalette appuntamenti devono essere fissate a medio-lungo termine con l'ausilio del piano di trattamento. In casi di particolare complessità o indisponibilità temporale, concordare con il paziente un appuntamento successivo volto a organizzare la scaletta con la massima concentrazione e tranquillità;
- gli appuntamenti di controllo periodico post terapia e di mantenimento dell'igiene (richiami) devono essere fissati al termine delle cure con la periodicità segnalata dal medico o dall'igienista. È importante sfruttare al massimo questo momento in cui il paziente è fortemente motivato e l'azione di marketing può raggiungere i massimi risultati. L'appunta-

TOSCO_17x24_04.indd 75 7-07-2010 14:10:31

mento di richiamo deve essere evidenziato in agenda per consentire la conferma telefonica con il dovuto anticipo;

- i richiami di pazienti non inseriti nel protocollo di mantenimento devono essere effettuati *una tantum* per:
  - ~ recuperare, in fase di organizzazione, il bacino potenziale di clientela che si è perso negli anni, perché seguito male o in modo approssimativo;
  - ~ avviare il processo di fidelizzazione;
  - ~ migliorare l'immagine dello Studio che diventa garante di risultati che si protraggono nel tempo.
- le conferme telefoniche, soprattutto degli appuntamenti considerati a rischio, devono essere effettuate per ridurre al minimo disdette o ritardi e consentire tempestive sostituzioni. La telefonata deve essere fatta:
  - ~ uno o due giorni prima per gli appuntamenti inseriti in un piano di cura corrente, in modo da avere il tempo per tentare una sostituzione se il paziente non può presentarsi in Studio;
  - ~ una settimana prima per gli appuntamenti di richiamo periodico (R), in modo da permettere al paziente di organizzarsi.

3.4 La gestione amministrativa dei pazienti. In questa fase dell'interazione segreteria-paziente, le doti relazionali contano quanto le capacità tecniche, se non di più.
Il paziente proviene dall'area clinica fortemente motivato dal medico, avendo generalmente già deciso se intraprendere o meno il ciclo di cure.
Compito della segreteria è valorizzare i termini della terapia proposta, dedicando tempo e attenzione adeguati, soprattutto in presenza di importi elevati, suggerendo soluzioni alternative o step successivi. Questo compito deve essere svolto con competenza tecnica, ma soprattutto con entusiasmo, disponibilità, cortesia e capacità d'ascolto. Tutto deve contribuire a sottolineare che il prezzo richiesto è a fronte di un servizio globale di qualità, in cui la prestazione clinica è solo uno dei componenti.
Anche in questo caso, il protocollo operativo da impostare muove dalle seguenti considerazioni:

- la segreteria deve predisporre, presentare e far sottoscrivere per presa visione o per accettazione i preventivi ai pazienti. Il tempo da dedicare a questo momento commerciale oscilla tra 10 e 30 minuti, secondo il valore e la complessità del preventivo, possibilmente nell'area dell'ufficio amministrativo, o comunque in un'area riservata. In caso di importi ele-

TOSCO_17x24_04.indd 76 7-07-2010 14:10:31

vati, la cui soglia deve essere predefinita con la segreteria, è opportuno fissare un appuntamento di rivalutazione per:

~ esaminare approfonditamente il materiale diagnostico;

~ individuare una o più soluzioni di trattamento;

~ predisporre una o più proposte finanziarie.

Qualunque interferenza esterna in questa fase rischia di compromettere il buon esito finale. Sono da evitare, quindi, le interruzioni diverse dal telefono e dal citofono, ineliminabili in quanto strutturali alla segreteria.
Una copia del preventivo deve essere consegnata al paziente, se ne fa specifica richiesta, possibilmente senza evidenziare nel dettaglio i prezzi delle singole prestazioni.

Nella cartella del paziente devono essere archiviati i preventivi:

~ accettati, con firma in originale;

~ non accettati, con la dicitura "rifiutato" e l'indicazione di data e motivo;

~ sospesi, con la dicitura "sospeso". Riportare in agenda, a distanza di 7-10 giorni, un'annotazione per il richiamo; alla scadenza, se non c'è stato contatto nel frattempo, verificare telefonicamente l'esito (positivo, negativo, sospeso) e intenzioni (cominciare immediatamente o più avanti). Annotare comunque le osservazioni. In caso di accettazione, sottoporre al paziente al primo appuntamento il preventivo per la firma. In caso di ulteriore sospensione, procedere come sopra.

– Tutte le variazioni al piano di cura con effetto sulla componente finanziaria devono essere tempestivamente comunicate al paziente. Il preventivo sarà:

~ ristampato, in caso di modifiche sostanziali con in calce la nota "il presente annulla e sostituisce preventivi precedenti a Vs. mani";

~ integrato, in caso di semplici aggiunte, con in calce la nota "il presente integra preventivi precedenti a Vs. mani".

– Deve essere definita l'eventuale percentuale di sconto da applicare a favore di categorie di pazienti particolari (amici, parenti, colleghi).

È compito del medico segnalare tempestivamente alla segreteria l'appartenenza del paziente a tali categorie ai fini dell'applicabilità dello sconto. In assenza di indicazioni, la segreteria non effettuerà alcuno sconto.
Qualunque richiesta non compresa in una delle categorie deve essere sottoposta all'approvazione preventiva del titolare.

– La modulistica per i rimborsi assicurativi deve essere compilata allegando il consuntivo o la fattura dettagliata. In fase d'accettazione del pre-

TOSCO_17x24_04.indd 77 7-07-2010 14:10:31

ventivo, la segreteria deve verificare la presenza di un eventuale rimborso assicurativo. In caso affermativo, individuare la tipologia, annotarlo in cartella, farsi consegnare la modulistica, compilarla in tempo utile e consegnarla contestualmente al saldo.

- La segreteria deve presentare e far sottoscrivere al paziente le modalità di pagamento personalizzate in fase di accettazione del preventivo e copia delle modalità di pagamento deve essere consegnata al paziente se ne fa specifica richiesta. L'originale firmato del piano di pagamento deve essere archiviato nella cartella del paziente. Le prestazioni che si esauriscono in una sola seduta (igiene, otturazione, rx, controllo) devono essere saldate contestualmente all'erogazione. Anche la prima visita deve essere riscossa immediatamente. Se lo Studio intende omaggiarla ai propri pazienti è possibile dedurla dall'ammontare del preventivo accettato sotto forma di sconto.
- Il controllo preventivo del cash-flow deve essere effettuato quotidianamente: la segreteria deve verificare i pazienti programmati per il giorno successivo e individuare le quote da versare sulla base dei piani di pagamento concordati.
  Riportare in agenda una sigla (€) che segnala che il paziente deve versare un importo, per consentire a tutti gli operatori di Studio di svolgere eventuali azioni di supporto (far accomodare il paziente in sala d'attesa se la segreteria è occupata, avvisare della prossima dimissione del paziente).
- Il recupero dei crediti pregressi per ovviare a errate metodologie di incasso preesistenti deve essere effettuato *una tantum*. L'iter è differente a seconda che si tratti di:
  - ~ pazienti in cura: preparare un consuntivo e richiedere un acconto al primo appuntamento utile per riequilibrare il delta prodotto/incassato;
  - ~ pazienti sospesi o terminati: contattarli e richiedere il saldo. È opportuno procedere secondo questo schema:
    - prima telefonata di sollecito con invito generico a presentarsi in Studio per il saldo;
    - trascorsi 7-10 gg., seconda telefonata di sollecito con invito a presentarsi in Studio per il saldo in giorno e ora stabiliti;
    - se non si presentano all'appuntamento, primo sollecito scritto;
    - trascorsi altri 10-15 gg., secondo sollecito scritto;
    - trascorsi altri 10-15 gg., recupero legale del credito.

TOSCO_17x24_04.indd 78 7-07-2010 14:10:31

- La fattura deve essere emessa contestualmente all'incasso. È preferibile non rimandare l'emissione della fattura a un momento diverso dall'incasso per evitare:
  - ~ dimenticanze;
  - ~ versamenti anticipati rispetto alla data di fatturazione;
  - ~ perdita di tempo;
  - ~ accumulo di lavoro;
  - ~ costi aggiuntivi;
  - ~ mancato ricevimento da parte del destinatario e successiva richiesta di copia conforme.

  Le fatture devono essere stampate in triplice copia: 1 per il paziente, 1 per lo Studio e 1 per il commercialista. Sulla fattura consegnata al paziente deve essere applicato il bollo (per importi superiori a 77,47 €) da annullare e incassare (facoltativo, anche se fortemente consigliato), secondo la normativa vigente.
  La firma del medico può essere sostituita da un timbro lineare e da una sigla convalidante apposta direttamente in segreteria.
  La ristampa di fatture su richiesta del paziente deve riportare la dicitura "copia conforme all'originale".
- Gli incassi della giornata devono essere attentamente ricontrollati e consegnati al medico unitamente a un riepilogo nominale, con la specifica della tipologia di pagamento (assegno, bancomat, carta di credito, contante) e la causale (anticipo, acconto o saldo).
  In caso di incassi a mezzo bancomat o carta di credito, la ricevuta deve essere pinzata alla copia fattura per il commercialista avendo cura di riportare i riferimenti sulla copia di Studio. In caso di incassi a mezzo bonifico, la movimentazione bancaria deve essere controllata quotidianamente per evitare ritardi di fatturazione.
  La copia fattura per lo Studio deve essere riposta in apposito luogo per la successiva registrazione.
- Gli incassi effettuati e fatturati dalla segreteria per conto di medici collaboratori o locatari sono soggetti alla normativa sulla riscossione accentrata dei compensi che prevede alcuni oneri a carico dello Studio ospitante:
  - ~ emissione della fattura con quietanza di incasso dettagliata;
  - ~ consegna o giroconto dell'incasso al medico collaboratore o locatario;
  - ~ tenuta del registro dei compensi;
  - ~ trasmissione telematica del registro all'Agenzia delle Entrate (a mezzo commercialista).

TOSCO_17x24_04.indd 79 7-07-2010 14:10:31

3.5 La gestione contabile. Come per la logistica, la relativamente recente importanza assunta dalla segreteria nel contesto dello Studio ha determinato una maggiore attenzione a questa area operativa.
Sono sempre meno le realtà in cui non esiste la gestione contabile, ancorché limitata a una rudimentale prima nota semplificata finalizzata al fiscalista.
La logica di ottimizzazione della segreteria presuppone la detenzione di strumenti per la supervisione globale dell'andamento dello Studio, soprattutto sul fronte previsionale.
In base alla premessa, è evidente la necessità di impostare un protocollo operativo che muova dalle seguenti considerazioni:

- tutti i documenti aventi valenza contabile (fatture emesse, fatture ricevute, pagamenti diversi, documentazione bancaria) devono essere collocati in apposita vaschetta porta corrispondenza per la successiva registrazione;
- le fatture emesse devono essere registrate (se su supporto cartaceo) o inviate (se su supporto informatico) quotidianamente in prima nota per la determinazione del cash-flow attivo;
- le fatture ricevute pagate e i pagamenti diversi devono essere registrati quotidianamente in prima nota per la determinazione del cash-flow passivo;
- le fatture ricevute da pagare devono essere registrate quotidianamente in scadenzario per la determinazione del fabbisogno di liquidità e, dopo il pagamento, del cash-flow passivo;
- il controllo dello scadenzario deve essere effettuato con cadenza almeno settimanale al fine di individuare i pagamenti in scadenza, sottoporli all'attenzione del titolare e, in base alle indicazioni ricevute, provvedere al regolamento o concordare eventuali dilazioni con il fornitore;
- il controllo di corrispondenza tra prima nota ed estratto conto bancario deve avvenire settimanalmente, per una più veloce e agevole individuazione degli errori e per le tempestive correzioni;
- il controllo di corrispondenza tra prima nota e fondo cassa deve avvenire quotidianamente, per una più veloce e agevole individuazione degli errori e per le tempestive correzioni;
- i budget di spesa, sulla base delle medie dell'anno precedente, devono essere imputati a inizio anno e mensilmente verificati e aggiornati. Conoscere anticipatamente i fabbisogni mensili dello Studio consente di programmare al meglio gli incassi attraverso i piani di pagamento da proporre;

TOSCO_17x24_04.indd 80 7-07-2010 14:10:31

- la trasmissione dei dati (documenti, prima nota, stralcio ore) ai consulenti esterni (commercialista e del lavoro) deve avvenire con cadenza mensile, verificandone il ricevimento;
- la documentazione restituita dal commercialista deve essere immediatamente archiviata.

3.6 L'archivio. Il necessario supporto di tutte le attività sinora analizzate in questo scritto è un sistema di archiviazione razionale e organico. Il miglior archivio è quello che risulta di facile e immediata consultazione anche per un non addetto ai lavori.
Due sono le condizioni che, se rispettate, contribuiscono all'organizzazione di un archivio strutturalmente sano:

~ la scelta di criteri, che devono essere il più possibile reiterati in tutte le sezioni interessate;

~ la mappatura, che deve essere redatta al termine delle operazioni e che riepiloga sezioni, criteri di assegnazione e tipologia dei contenuti.

Una distinzione determinante riguarda la tipologia dell'archivio, che può essere:

~ corrente: relativo all'anno in corso, destinato nel secondo semestre dell'anno successivo ad essere trasferito nel locale dell'archivio storico;

~ permanente: sempre valido e destinato a risiedere nei locali dello Studio.

Le attività di archivio interessano i seguenti dati:

- cartelle cliniche; gli originali dei documenti relativi ai pazienti devono essere archiviati nello schedario delle cartelle cliniche secondo le tipologie:

  ~ clinica (anamnesi iniziale e aggiornamenti successivi, consenso informato, piano di trattamento, diario clinico, rx, esami vari);

  ~ gestionale (scheda anagrafica, consenso privacy, preventivo, piano di pagamento).

  Tipo archivio: corrente.
  Criterio di archiviazione: ordine alfabetico (cognome paziente).
  In caso di documentazione cartacea consistente, si devono utilizzare più schedari organizzati con criteri logici (es: "Pazienti Terminati - Pazienti in Cura").
- Esami diagnostici: la documentazione diagnostica che per dimensioni non può essere archiviata nella cartella clinica (opt, tac) deve essere archiviata in un contenitore denominato "Diagnostica".

TOSCO_17x24_04.indd 81 7-07-2010 14:10:31

Tipo archivio: corrente.
Criterio di archiviazione: ordine alfabetico (cognome del paziente) e poi cronologico crescente (dal più vecchio al più recente).

- Fatture attive: la copia Studio deve essere archiviata in un dossier denominato "Fatture emesse - Anno xxxx", verificando che non vi siano interruzioni nella sequenza.
  Tipo archivio: corrente.
  Criterio di archiviazione: ordine numerico crescente dal basso verso l'alto.
  In sede di restituzione da parte del commercialista della terza copia protocollata, è necessario sostituirla alla copia Studio, che dovrà essere eliminata previa verifica di coincidenza tra il materiale restituito e quello presente in Studio.
- Imposte e tasse: le copie dei modelli F24 devono essere archiviate in un dossier denominato "Imposte e Tasse – Anno xxxx o Anni xxxx-yyyy", riportando la tipologia di tassa pagata (Irap, Irpef, Inail, Inps, condoni).
  Tipo archivio: corrente.
  Criterio di archiviazione: ordine cronologico crescente (dal più vecchio al più recente).
  In sede di restituzione da parte del commercialista dell'originale, è necessario sostituirlo alla copia Studio che dovrà essere eliminata, previa verifica di coincidenza tra il materiale restituito e quello presente in Studio.
- Fatture passive e pagamenti diversi: la copia Studio deve essere archiviata in un dossier denominato "Fatture Ricevute e Pagamenti diversi – Anno xxxx".

  Tipo archivio: corrente.
  Criterio di archiviazione: ordine alfabetico (denominazione fornitore) e poi cronologico crescente (dal più vecchio al più recente).
  In sede di restituzione da parte del commercialista dell'originale protocollato, è necessario sostituirlo alla copia Studio che dovrà essere eliminata, previa verifica di coincidenza tra il materiale restituito e quello presente in Studio.
- Documentazione bancaria: l'originale deve essere archiviato in un dossier denominato "Banca - Anno xxxx o Anni xxxx-yyyy" secondo le seguenti tipologie:
  ~ e/conto;
  ~ versamenti;
  ~ prelievi;
  ~ bonifici attivi e accrediti vari (bancomat, c/credito, finanziamenti ecc.);

TOSCO_17x24_04.indd 82 7-07-2010 14:10:31

~ bonifici passivi e addebiti vari (bancomat, c/credito, rid ecc.);

~ Ri.Ba.;

~ corrispondenza e varie.

Tipo archivio: corrente.
Criterio di archiviazione: ordine cronologico crescente (dal più vecchio al più recente) all'interno delle tipologie. In caso di documentazione cartacea minima, si deve utilizzare il medesimo dossier per più anni.

– Personale dipendente - buste paga: gli originali delle buste paga, dei riepiloghi e dei documenti Inps devono essere archiviati in un dossier denominato "Personale Dipendente - Buste Paga Anno xxxx o Anni xxxx-yyyy" secondo le tipologie:

~ riepiloghi;

~ buste paga dipendente 1, 2, n...;

~ documenti Inps;

~ varie.

Tipo archivio: corrente.
Criterio di archiviazione: ordine alfabetico (cognome del dipendente) e poi cronologico crescente (dal più vecchio al più recente).
In caso di documentazione cartacea minima, si deve utilizzare il medesimo dossier per più anni.

– Personale dipendente - documenti: gli originali dei documenti relativi al rapporto di lavoro devono essere archiviati in un dossier denominato "Personale Dipendente - Documenti" secondo le tipologie:

~ documenti dipendente 1, 2, n...;

~ cud dipendente 1, 2, n...;

~ varie.

Tipo archivio: permanente.
Criterio di archiviazione: ordine alfabetico (cognome del dipendente) e poi cronologico crescente (dal più vecchio al più recente).
In caso di documentazione cartacea consistente, si devono utilizzare più dossier organizzati secondo criteri logici (es.: A-L e M-Z o Dipendenti Attivi e Dipendenti Non Attivi).

– Contratti e offerte: gli originali dei contratti sottoscritti o delle offerte ricevute dai fornitori devono essere archiviati in un dossier denominato "Contratti e Offerte".
Tipo archivio: permanente.
Criterio di archiviazione: ordine alfabetico (denominazione del fornito-

TOSCO_17x24_04.indd 83 7-07-2010 14:10:31

re) e poi cronologico crescente (dal più vecchio al più recente).
In caso di documentazione cartacea consistente, si devono utilizzare più dossier organizzati secondo criteri alfabetici (A-L e M-Z).
In caso di documentazione cartacea minima, si deve utilizzare il medesimo dossier per più anni.

- Modulistica: gli originali della modulistica utilizzata in Studio devono essere archiviati in un dossier denominato "Modulistica" secondo le tipologie:
  ~ clinica (anamnesi, consenso informato, istruzioni operative);
  ~ gestionale (scheda anagrafica, privacy, memo telefonate).
  Tipo archivio: permanente.
  Criterio di archiviazione: frequenza di utilizzo.
  In caso di documentazione cartacea consistente, si devono utilizzare più dossier organizzati secondo criteri logici (es.: "Clinica e Gestionale").
  Le riproduzioni della modulistica devono essere archiviate in vaschette porta corrispondenza debitamente contrassegnate per agevolarne e sveltirne il recupero e la fruizione.
- Manualistica: gli originali dei manuali, le istruzioni d'uso e le garanzie dei macchinari e delle attrezzature utilizzate in Studio devono essere archiviati in un contenitore contrassegnato come "Manualistica" secondo le tipologie:
  ~ clinica (riuniti, autoclave, compressore ecc.);
  ~ gestionale (computer, fax, centralino ecc.).
  Tipo archivio: permanente.
  Criterio di archiviazione: ordine alfabetico (denominazione del bene acquistato).
  In caso di documentazione cartacea consistente, si devono utilizzare più contenitori organizzati secondo criteri logici (es.: "Clinica e Gestionale").
- Prescrizioni e conformità: gli originali delle prescrizioni inviate ai laboratori e delle conformità da questi ricevute devono essere archiviati in un dossier denominato "Prescrizioni e Conformità".
  Tipo archivio: corrente.
  Criterio di archiviazione: ordine alfabetico (cognome del paziente) e poi cronologico crescente (dal più vecchio al più recente).
  Il cognome del paziente e la data del documento devono essere evidenziati per agevolarne e sveltirne la successiva rintracciabilità.
  In caso di documentazione cartacea consistente, si devono utilizzare più dossier organizzati secondo criteri alfabetici (A-L e M-Z).

TOSCO_17x24_04.indd 84 7-07-2010 14:10:31

- Documenti e varie: gli originali dei documenti *una tantum* che non rientrano nelle precedenti collocazioni devono essere archiviati in un dossier denominato "Documenti e Varie".

  Tipo archivio: permanente.
  Criterio di archiviazione: ordine alfabetico (oggetto trattato).
  In caso di documentazione cartacea consistente, si devono utilizzare più dossier organizzati secondo criteri alfabetici (A-L e M-Z).

3.7 Il magazzino. Il coinvolgimento della segreteria nella gestione di magazzino è una questione particolarmente articolata, soprattutto se il soggetto non proviene dal settore clinico e non ha mai ricevuto una specifica formazione in materia.
È buona norma affidare congiuntamente la gestione di magazzino ad almeno due soggetti: una segretaria e un assistente. In Studi di grandi dimensioni, dove il personale abbonda è inoltre possibile individuare più referenti clinici con professionalità specifiche (ortodonzia, implantologia).
Su questa premessa, è quanto mai necessario impostare un protocollo operativo che muova dalle seguenti considerazioni:

Preparazione

- Gli addetti alla gestione devono essere previamente individuati, informati e investiti formalmente dell'incarico;
- le mansioni devono essere ripartite tra segretaria (S) e assistente/i (A), tenendo conto delle capacità professionali e dei rispettivi carichi di lavoro;
- i materiali clinici devono essere elencati sul supporto informatico secondo la dicitura interna dello Studio per agevolarne la successiva rintracciabilità (A);
- l'elenco dei materiali deve essere sottoposto al medico per l'individuazione della scorta minima da riportare sul supporto informatico (A);
- la dicitura interna del prodotto deve essere integrata con la denominazione o il codice identificativo dei diversi fornitori per agevolare la stesura automatica dell'ordine (A);
- per ogni prodotto devono essere riportati i prezzi unitari di listino dei diversi fornitori per la comparazione al momento dell'ordine. I prezzi devono essere aggiornati con cadenza annuale (S+A).

Inventario

- Il conteggio dei prodotti presenti in magazzino deve essere effettuato in un giorno di chiusura dello Studio e terminato in giornata (A);

TOSCO_17x24_04.indd 85 7-07-2010 14:10:31

- il prodotto con la scadenza più ravvicinata deve essere contraddistinto visivamente e la data riportata sul supporto informatico (A);
- le risultanze dell'inventario devono essere riportate sul supporto informatico (A).

Carico post inventario

- Controllo di conformità tra il contenuto della consegna e il documento di trasporto o fattura accompagnatoria e segnalazione dell'eventuale non conformità al fornitore (A);
- sistemazione del materiale ricevuto in magazzino (A);
- controllo di conformità tra l'ordine e il documento di trasporto o fattura accompagnatoria e segnalazione dell'eventuale non conformità al fornitore (A);
- carico immediato dei prodotti sul supporto informatico (A);
- verifica degli scostamenti tra giacenza attuale e scorta minima (A);
- verifica dei prodotti scaduti (A).

Scarico post inventario

- Scarico immediato dei prodotti sul supporto informatico (A);
- aggiornamento della data di scadenza più ravvicinata, se si preleva il prodotto contrassegnato (A);
- verifica degli scostamenti tra giacenza attuale e scorta minima (A);
- verifica dei prodotti scaduti (A).

Riordino dei prodotti sottoscorta

- Verifica entità sottoscorta per decidere i quantitativi di acquisto (A);
- preparazione dell'ordine da sottoporre al medico per l'autorizzazione (A);
- raffronto dei prezzi tra i fornitori abituali (S+A);
- trasmissione dell'ordine al fornitore prescelto (S);
- consegna di una copia dell'ordine all'assistente per la verifica di conformità dei materiali in consegna (S).

3.8 I laboratori. Anche in questo caso è buona norma affidare la gestione dei laboratori congiuntamente a due soggetti: una segretaria e un assistente.
Il protocollo operativo da seguire dovrebbe muovere dalle seguenti considerazioni:

- gli addetti alla gestione devono essere previamente individuati, informati e investiti formalmente dell'incarico;

TOSCO_17x24_04.indd 86 7-07-2010 14:10:31

- le mansioni devono essere ripartite tra segretaria (S) e assistente/i (A), tenendo conto delle capacità professionali e dei rispettivi carichi di lavoro;
- i criteri di scelta dei laboratori (velocità, abilità tecnica, prezzi) devono essere comunicati alla segreteria per evitare errori frutto di disinformazione (A);
- il laboratorio deve essere avvisato immediatamente dopo l'erogazione della prestazione per consentire di organizzare al meglio il ritiro nel corso della giornata. Contestualmente deve essere compilata la parte documentale della prescrizione (A);
- manufatto e prescrizione devono essere consegnati in segreteria per il completamento della parte amministrativa (data appuntamento) e la consegna all'incaricato. La procedura deve essere reiterata per tutte le fasi intermedie che coinvolgono il laboratorio (A+S);
- la consegna del semilavorato deve essere accompagnata da un buono di consegna per il controllo amministrativo (S);
- la consegna del manufatto finito deve essere accompagnata da (S):
  - ~ buono di consegna per il controllo amministrativo;
  - ~ conformità in triplice copia (1 per il laboratorio, 1 per lo Studio e 1 per eventuale consegna al paziente);
  - ~ etichetta in duplice copia (1 per il laboratorio e 1 per lo Studio);
  - ~ istruzioni d'uso per eventuale consegna al paziente.

  La documentazione accompagnatoria deve essere controllata, controfirmata, in parte consegnata ai destinatari (il laboratorio ed eventualmente il paziente) e in parte archiviata (S);
- l'assistente deve essere tempestivamente informata dell'arrivo del manufatto (S);
- la gestione delle variazioni deve essere effettuata con la massima scrupolosità per evitare errori macroscopici (A+S):
  - ~ nei tempi di consegna con inevitabili ripercussioni sui pazienti e conseguente danno di immagine per lo Studio;
  - ~ nelle prescrizioni che devono essere conformi al lavoro effettivamente svolto per disposto di legge;
- il laboratorio deve produrre con cadenza mensile un cedolino riepilogativo dei lavori consegnati, per permettere la verifica di conformità con i buoni di consegna presenti in Studio (S).

TOSCO_17x24_04.indd 87 7-07-2010 14:10:32

3.9 Attività collaterali. La segreteria è investita di alcuni altri compiti, apparentemente scontati o marginali, che devono necessariamente *in*formarsi agli standard sinora esposti.
In particolare, la segreteria è incaricata della gestione di:

- anagrafe: inserimento nuovi pazienti, aggiornamento periodico dei dati sulla base delle indicazioni rilevate periodicamente sulla scheda anagrafica;
- listino: inserimento di nuove prestazioni, aggiornamento periodico dei prezzi;
- corrispondenza: ricevimento, apertura, smistamento;
- commissioni esterne: banca, posta, piccoli acquisti, commercialista, consulente del lavoro;
- rapporti con i fornitori per:
  - ~ questioni amministrative: richiesta copia conforme, estratto conto, dilazioni di pagamento;
  - ~ ordini: trasmissione, verifica invio merce;
- rapporti con i consulenti per:
  - ~ invio periodico documentazione;
  - ~ individuazione delle richieste e smistamento ai referenti.

4. Motivazione

La percezione del valore di un servizio non può prescindere dal concetto di qualità totale. Non è sufficiente che un prodotto sia valido in sé, deve anche apparire esplicitamente tale.
Il valore aggiunto di un prodotto è dato molto spesso dal packaging, cioè da tutto ciò che sta attorno: il colore, l'imballaggio, la confezione, la forma. Nello Studio si identifica con la comunicazione *metaclinica*.

- Atmosfera e clima: il paziente deve percepire armonia ed efficienza in ogni momento della sua permanenza in Studio:
  - ~ il personale deve rivolgersi sempre con rispetto al medico; il ruolo del titolare è tanto più riconosciuto dai collaboratori e dai pazienti, quanto più è rafforzato dall'atteggiamento del personale. Serenità, deferenza e un sorriso fanno percepire un ambiente efficiente, ma affiatato e accogliente;
  - ~ il medico deve evitare di richiamare il personale in presenza dei pazienti. La percezione di disarmonia e di tensione infastidisce e preoccupa chi presuppone di essere al centro dell'attenzione;
  - ~ il personale deve rivolgersi sempre con rispetto e cortesia ai pazienti.

TOSCO_17x24_04.indd 88 7-07-2010 14:10:32

Il paziente è la risorsa principale dello Studio e di tutti gli operatori che vi lavorano.
Ogni azione che lo riguarda deve essere preventivamente valutata in termini di conseguenze potenziali. È fondamentale saper scegliere di volta in volta la formula giusta per esprimere una richiesta, fare un'affermazione o rispondere a un'obiezione tenendo presente la tipologia dell'interlocutore;

~ il personale deve controllare il volume e il tono di voce nelle conversazioni telefoniche e nel colloquio con i pazienti (alla reception e in poltrona);

~ è necessario ridurre al minimo gli elementi di disturbo collaterali (suoneria del telefono alta, caduta di materiali, porte che sbattono, sterilizzazione rumorosa) e i rumori che possono provocare timori o fobie.

– Arredamento e layout: l'ambiente deve essere funzionale, caldo e accogliente, con un occhio di riguardo (e il rispetto della normativa) a bambini e disabili.
La scelta dei colori e dei complementi deve tener conto delle caratteristiche strutturali e delle dimensioni del locale, oltre che delle esigenze di pulizia e sanificazione.
Anche la scelta del sottofondo musicale deve prevedere una gamma sufficientemente ampia di alternative che possano incontrare il gusto della maggior parte dell'utenza.

– Segnaletica: le aree devono essere contrassegnate con segnaletica evidente e di immediata comprensione.

– Rumori: devono essere evitati tutti quelli che possono evocare timori o fobie e limitati quelli molesti di provenienza esterna.

– Estetica: il look dello Studio deve corrispondere all'immaginario che il paziente ha dell'ambito sanitario.
Essere ricevuti e assistiti da personale con una divisa impeccabile, truccato e pettinato con accuratezza, trasmette al paziente una piacevole sensazione di ordine e pulizia che viene immediatamente estesa a tutto lo Studio.

– Comunicativa viso e corpo: atteggiamento fisico, postura, gestualità, mimica facciale, tono di voce, pause, silenzio, sorriso e sguardo sono strumenti di supporto fondamentale alla comunicazione sonora e visiva. Se utilizzati con tecnica e competenza, sono in grado di incidere positivamente nell'interazione con il paziente, trasmettendogli un senso di gradevolezza di fondo alla sua esperienza.

TOSCO_17x24_04.indd 89 7-07-2010 14:10:32

Il cliente che vive l'attuale momento storico:

- ~ accetta sempre meno un rapporto di sottomissione con chi è fornitore del servizio, ma si pone come interlocutore attivo;
- ~ ha un atteggiamento critico verso la qualità e l'efficienza dei servizi;
- ~ chiede soprattutto un rapporto professionale di consulenza.

Ed è soddisfatto quando:

- ~ è riconosciuto come persona;
- ~ il suo problema viene ritenuto importante;
- ~ ha la percezione che l'operatore si attivi per lui.

In conclusione, considerando il know-how da detenere, le aspettative a cui rispondere e il costante livello di cortese attenzione da mantenere, l'attività di segreteria deve essere intesa come una vera e propria *mission*.
Il successo di una segreteria efficace ed efficiente richiede all'operatore predisposizione caratteriale e amore per la professione.
Il resto si impara.

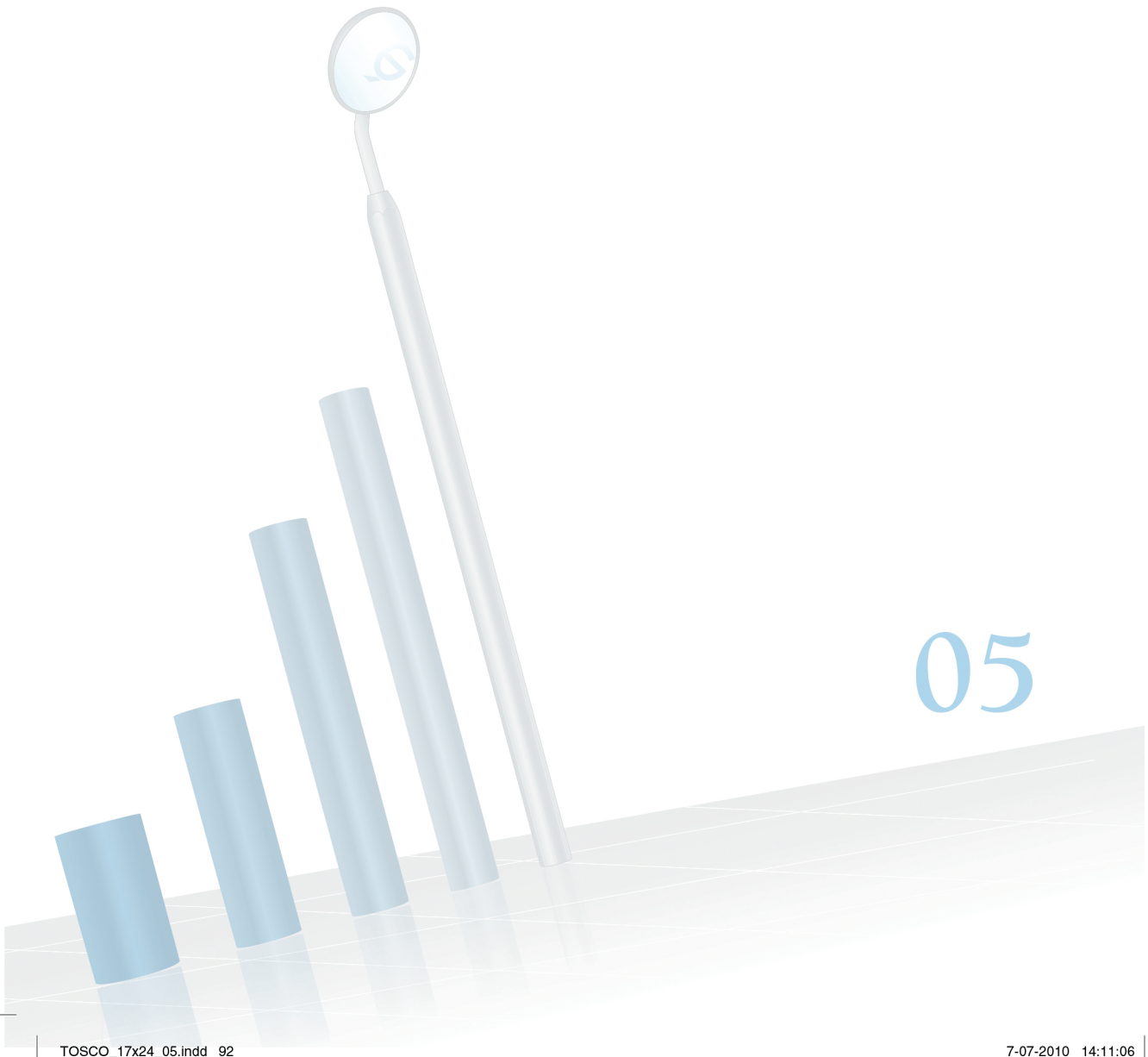
TOSCO_17x24_04.indd 90 7-07-2010 14:10:32

Note capitolo 04

1. Come, ad esempio, Psicologia e Pedagogia, dove si effettuano studi di psicologia e pedagogia. Presentano delle difficoltà le maturità liceali e i diplomi iperspecialistici, sia perché più facilmente orientati all'Università sia perché fortemente richiesti dal mercato.
2. Già è poco agevole "parlare di soldi" con i pazienti in cura. In alcuni casi, esistono poi dei problemi oggettivi a far rispettare i pagamenti. La discussione al bancone della reception, spesso in vicinanza della sala di aspetto, è imbarazzante e crea un ulteriore ostacolo di cui è opportuno fare a meno. Senza contare che esiste il D.Lgs. 196/03 (Privacy) che prevede regole precise e un pesante regime sanzionatorio.
3. Esaurito il problema di "conquistare il paziente" – passato cioè il momento dell'imprinting –, si pone quello di "mantenere la conquista", cioè di costruire una stabile piattaforma di fidelizzazione.
4. Precisato che il titolare nel suo Studio fa e riceve le telefonate che crede, dal punto di vista organizzativo, le interruzioni telefoniche creano dei seri problemi, sia rispetto alla sala d'attesa sia rispetto all'immagine che si trasmette al paziente seduto in poltrona. È opportuno segnalare alla segreteria quali sono le telefonate che si intende ricevere comunque e rinviare tutte le altre alla fine della seduta e prima della successiva oppure a fine giornata. Chiunque telefoni a un medico si rende perfettamente conto che ci sono dei momenti in cui il professionista non può rispondere.
5. Occorre ricordarne il cognome (basta leggerlo!) e presentarsi con nome e qualifica: «Il sig. Verdi, vero? Permetta di presentarmi, sono Addolorata, la segretaria dello Studio».
6. Telefono o mail interne. Si sconsigliano le segnalazioni di persona che comportano l'abbandono della postazione.
7. Con questa espressione si intende quel periodo di tempo che, collocato a fine mattinata, all'inizio del pomeriggio o a fine giornata, con cadenza giornaliera o maggiormente differita. Serve ad assorbire situazioni operative che, se inserite nell'agenda già prevista, creerebbero serie difficoltà. Questi tempi (da 15 minuti a mezz'ora) devono essere materialmente delimitati in agenda e utilizzati per collocare le urgenze come unica alternativa possibile, data la preesistente programmazione. Inoltre, lo "spazio-spugna" può servire al riassorbimento di eventuali ritardi o per attività paracliniche (piani di trattamento, evasione di telefonate). Esso va commisurato alle effettive esigenze di Studio: può essere previsto quotidianamente o proporzionalmente ridotto.

TOSCO_17x24_04.indd 91 7-07-2010 14:10:32

Il Piano di Trattamento: note organizzative e case history



05

TOSCO_17x24_05.indd 92 7-07-2010 14:11:06

Premessa: note organizzative

Nel capitolo 01, la Figura 4 descriveva il processo di produzione proprio di un'azienda odontoiatrica. Si è cercato, in quella sede, di individuare i nodi fondamentali e di precisarne il significato, come viene richiamato in nota(1).
Si vuole ora fornire alcune indicazioni relative al nodo che è individuato, nel processo produttivo, come Piano di Trattamento(2).
Talvolta le espressioni "Piano di Cura" e "Piano di Trattamento" sono utilizzate come sinonimi. Così non è, poiché indicano due momenti diversi nel processo produttivo e scaturiscono da azioni diverse destinate a muovere verso diversi obiettivi.
Il Piano di Cura nasce dalla prima visita e comprende l'elenco di tutte le azioni che l'operatore clinico individua come necessarie per risolvere il problema della malattia orale del paziente che ha visitato. L'elenco delle azioni non procede necessariamente secondo la sequenza logica che l'operatore applicherà in sede di trattamento, ma è semplicemente una somma di azioni. Da esso scaturisce il preventivo, che è il prezzo finale risultante dalla somma delle voci di listino di tutto ciò che è elencato.
Il Piano di Trattamento nasce, invece, solo dopo l'accettazione del preventivo da parte del paziente e interessa la sequenza logica delle azioni cliniche che l'operatore prefigura e stabilisce per condurre a termine l'intera azione della cura. Esso riguarda *in primis*, dal punto di vista dell'organizzazione dell'azienda odontoiatrica, la possibilità di redigere le date degli appuntamenti e di concordare le modalità di pagamento.
In secondo luogo è determinante dal punto di vista clinico, ma questo aspetto è l'oggetto dell'analisi di chi espone il *case history* nella seconda parte.

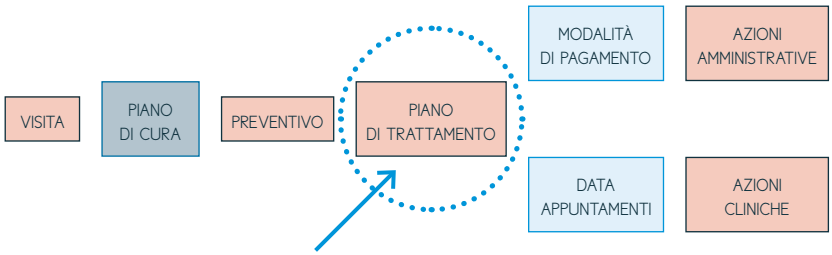


Fig. 1

1. Obiettivi del Piano di Trattamento

Sul piano organizzativo e gestionale, il nodo costituito dal Piano di Trattamento (PdT) interessa i seguenti aspetti:

- definizione del numero delle sedute;
- intervallo di tempo minimo che deve trascorrere – per motivi clinici – tra una seduta e la successiva;
- tempo previsto per ogni seduta;
- contenuto clinico previsto nella seduta;

TOSCO_17x24_05.indd 93 7-07-2010 14:11:06

- valore di produzione previsto nella seduta;
- operatore clinico interessato a quella specifica produzione;
- previsione dell'assistente addetta a seguire l'operatore clinico (eccetto il caso in cui l'operatore sia un'igienista);
- riunito utilizzato;
- definizione degli importi da richiedere in base alla produzione erogata;
- modalità di pagamento delle prestazioni.

Come si più notare, il PdT si configura come un passaggio fondamentale nella pianificazione della produzione e nel controllo del correlato ritorno economico.
Ne consegue che deve sempre essere stilato a fronte dell'accettazione di un preventivo e prima di iniziare il trattamento[3].

2. Perché redigere il PdT

È abitudine diffusa tra gli operatori delle aziende odontoiatriche di stabilire, di volta in volta, ciò che si intenderà fare nella seduta successiva[4]. Questa prassi risolve quanto meno il problema dell'assistente, che deve conoscere in anticipo quale strumentazione predisporre e deve reperire gli eventuali manufatti dal laboratorio. Tuttavia, lascia scoperte molte altre questioni di programmazione clinica, come preciserà di seguito il medico odontostomatologo nel case history.
Sul versante organizzativo e gestionale, l'assenza del PdT rappresenta un grave errore. Alcuni dei motivi principali sono:

- l'assenza del numero delle sedute e del tempo minimo necessario che deve intercorrere – per motivi clinici – tra una seduta e l'altra impedisce l'ottimizzazione dell'agenda[5].

  Sembra esistere una prassi consolidata negli Studi odontoiatrici di fissare gli appuntamenti per un paziente a una settimana almeno uno dall'altro. Raramente, all'origine dell'intervallo si trova non un motivo clinico (ad es.: devono trascorrere almeno *n* giorni perché la gengiva possa guarire), bensì l'abitudine. Un'organizzazione ottimizzata avrà tutto l'interesse a terminare la cura nel tempo clinicamente più breve possibile e il PdT deve quindi fornire le necessarie informazioni alla segreteria.
- L'assenza del contenuto operativo di tutte le sedute impedisce, a chi tratta le modalità di pagamento, di attribuire in modo congruo, a ognuna, il valore di produzione da cui devono scaturire l'ammontare dell'anticipo e degli acconti successivi. Ciò significa che l'azienda non è in condizione di prefigurare il budget di produzione per i mesi a venire e, di conseguenza, quello finanziario (neppure con un'accettabile oscillazione)[6].

TOSCO_17x24_05.indd 94 7-07-2010 14:11:06

– L'assenza del valore di produzione di ogni seduta elencata nel PdT impedisce di concordare modalità di pagamento tali da non costringere sistematicamente l'azienda a "fare da banca" al paziente o da non esporla a rischi di lunghe attese per i saldi finali protratti dopo il termine della cura o, peggio, a saldi nei fatti inesigibili.

2.1 Attribuire il valore di produzione. Quando viene accettato un preventivo – più o meno complessa sia l'intera cura – occorre distribuirne l'importo sulle varie sedute. Talvolta è facile, perché l'intera azione clinica si risolve nella seduta stessa (es.: un incontro periodico di detartrasi) e, quindi, il valore di produzione coincide con il prezzo da listino che il paziente deve versare al termine della seduta.
Altre volte, invece, lo è assai di meno, ed è il caso in cui l'azione clinica preveda, per essere completata, alcune sedute in cui si realizzi, ogni volta, una parte del lavoro (le cosiddette "sottofasi"). Nell'ottica dell'organizzazione aziendale, il modo meno attento di affrontare il problema è quello di assegnare il valore di produzione zero alle varie sottofasi e attribuire l'intero importo all'ultima seduta[7].
Meno grossolana è l'abitudine di dividere il prezzo dell'azione clinica complessiva per il numero di sedute, attribuendo a ognuna un valore di produzione sempre uguale con tante rate quante sono le sottofasi. Ma, se questo criterio può essere accettabile per l'ortodonzia, dove l'importo diviso per il numero dei mesi di trattamento restituisce sostanzialmente il valore di produzione di ogni incontro, non può invece esserlo, ad esempio, per la protesica, dove tra una seduta e l'altra possiamo avere oscillazioni anche di centinaia di euro, sia nel valore sia nei costi di produzione.
Il suggerimento che si fornisce prevede innanzitutto che il listino delle prestazioni, quando viene stilato, contenga già la scomposizione in sottofasi. Un esempio, come nella Tabella 1:

CORONA ORO-CERAMICA			
	700,00 €		
sottofase	nominativo fase	%	prod. fase
1	preparazione	30	210,00
2	impronta	15	105,00
3	prova metallo	15	105,00
4	prova occlusale	30	210,00
5	cementazione	15	70,00
		100%	700,00

Tab. 1

TOSCO_17x24_05.indd 95 7-07-2010 14:11:06

Il listino per una corona in oro-ceramica – che per convenzione fissiamo a 700 euro – è già suddiviso nelle *n* sedute che il clinico ritiene abitualmente necessarie per quella specifica azione. In questo caso sono 5 e vanno da preparazione a cementazione. Sarà l'operatore a stabilire il peso percentuale che ognuna delle sottofasi assume rispetto all'intera azione clinica. La domanda è: quanto pesa percentualmente la preparazione, tra tutte e cinque le sottofasi che costituiscono un intervento per una corona oro-ceramica? O la prova metallo? O la cementazione?
In base a quali parametri il titolare di un'azienda odontoiatrica può rispondere a una simile domanda? In base ad alcuni indicatori, che assumeranno per ogni Studio un peso specifico individuale: il tempo necessario, il materiale che devo utilizzare, il materiale di consumo, il know-how necessario e le capacità costruite nel tempo ecc.
Se, in qualche caso, si accorpano delle sottofasi, il valore di produzione della seduta sarà la somma delle sottofasi accorpate; se si introduce un'ulteriore seduta, quell'azione avrà per convenzione valore di produzione pari a zero. Il valore di produzione previsto, collegato alle sedute già registrate in agenda, permetterà la costruzione della previsione di produzione.

2.2 Concordare le modalità di pagamento. La questione della modalità di pagamento da applicare in un'azienda di servizi alla persona e, nel caso specifico, di servizi odontoiatrici, va affrontata avendo a disposizione due strumenti:

a) il Piano di Trattamento
   - ~ che renda evidente il valore di produzione di quella singola seduta;
   - ~ che collochi quel valore in un preciso contesto nello sviluppo del trattamento

e la connessa situazione finanziaria, in modo che l'amministrazione sappia sempre, in qualunque momento della produzione, se l'azienda stia lavorando con una copertura finanziaria oppure no.
La sequenza che l'operatore intende attuare per realizzare la cura può incidere talvolta in modo notevole sulle scadenze in cui chiedere al paziente un versamento e il relativo ammontare durante la cura.
Facciamo l'esempio di un trattamento con 5 sedute, delle quali una è pari al valore di produzione di 1.000 € e le altre quattro pari a 50 €, per un totale del preventivo di 1.200 €.
Si applicherà qui il criterio di pagamento più diffuso negli Studi, cioè un terzo come anticipo (400 €), un terzo a metà e un terzo alla fine.
Se la seduta con valore di produzione pari a 1.000 € si trova alla prima seduta, con questo sistema di pagamento si farà da banca al paziente per tutta

TOSCO_17x24_05.indd 96 7-07-2010 14:11:06

la durata del trattamento (sempre che le scadenze vengano rispettate). Cfr. Tabella 2.

azioni cliniche	valore produzione	prodotto progresso	incasso *vs* produzione	– anticipo € 400,00	
seduta 1	1.000,00	1.000,00	–600,00		
seduta 2	50,00	1.050,00	–650,00	0,00	
seduta 3	50,00	1.100,00	–300,00	400,00	acconto
seduta 4	50,00	1.150,00	–350,00	0,00	
seduta 5	50,00	1.200,00	0,00	400,00	saldo

Tab. 2

Se la seduta con valore di produzione pari a 1000 € si trova alla seconda seduta, con questo sistema di pagamento si farà da banca al paziente per tutto il trattamento a partire dalla seconda. Cfr. Tabella 3.

azioni cliniche	valore produzione	prodotto progresso	incasso *vs* produzione	– anticipo € 400,00	
seduta 1	50,00	50,00	350,00		
seduta 2	1.000,00	1.050,00	–650,00	0,00	
seduta 3	50,00	1.100,00	–300,00	400,00	acconto
seduta 4	50,00	1.150,00	–350,00	0,00	
seduta 5	50,00	1.200,00	0,00	400,00	saldo

Tab. 3

Se la seduta con valore di produzione pari a 1000 € si trova alla terza seduta, con questo sistema di pagamento si farà da banca al paziente per tutto il trattamento a partire dalla terza, e così vale anche per la quarta. Cfr. Tabelle 4, 5.

azioni cliniche	valore produzione	prodotto progresso	incasso *vs* produzione	– anticipo € 400,00	
seduta 1	50,00	50,00	350,00		
seduta 2	50,00	100,00	300,00	0,00	
seduta 3	1.000,00	1.100,00	–300,00	400,00	acconto
seduta 4	50,00	1.150,00	–350,00	0,00	
seduta 5	50,00	1.200,00	0,00	400,00	saldo

Tab. 4

TOSCO_17x24_05.indd 97 7-07-2010 14:11:06

azioni cliniche	valore produzione	prodotto progresso	incasso *vs* produzione	– anticipo € 400,00	
seduta 1	50,00	50,00	350,00		
seduta 2	50,00	100,00	300,00	0,00	
seduta 3	50,00	150,00	650,00	400,00	acconto
seduta 4	1.000,00	1.150,00	–350,00	0,00	
seduta 5	50,00	1.200,00	0,00	400,00	saldo

Tab. 5

b) un supporto informatico

che permetta all'Amministrazione di concordare con il paziente delle modalità di pagamento che seguano, per quanto possibile, la curva del bisogno percepito, che – nel caso della cura dentale – si evolve con tempi assai rapidi. Questo paragrafo tocca una delle tante questioni dell'azienda odontoiatrica: come si chiedono i soldi? Qual è il modo migliore per evitare che si crei uno squilibrio, a volte anche rilevante – attorno al 20% – tra la produzione erogata e il corrispondente ritorno finanziario? In realtà, occorre precisare che non esiste un modo migliore di altri in assoluto. Esiste, questo sì, un obiettivo da raggiungere: fare in modo che, in qualunque stadio del trattamento, il valore di produzione creato fino a quel momento abbia un corrispondente riscontro sul versante finanziario. L'ideale sarebbe richiedere anticipatamente il saldo del trattamento che si sta per ricevere e, solo dopo, far accomodare il paziente per la seduta. In società diverse da quella italiana, il sistema viene praticato abitualmente. Probabilmente un simile comportamento troverebbe da noi forti resistenze, sia nei pazienti sia negli stessi operatori clinici, i quali avrebbero a sostegno anche motivi di ordine etico o quanto meno deontologico. Però, è possibile individuare un criterio generale su cui agire per ottenere il dovuto ritorno economico dal servizio erogato. Questo criterio si potrebbe definire come "attenzione alla curva del bisogno percepito dal paziente". Cfr. Figura 2.

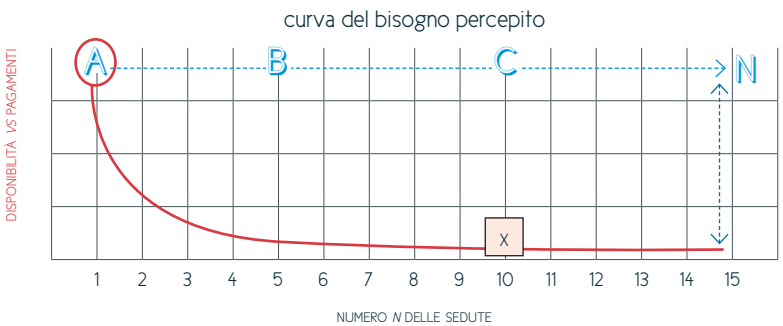


Fig. 2

TOSCO_17x24_05.indd 98 7-07-2010 14:11:06

La modalità di pagamento è quella già vista al punto precedente: un terzo all'inizio (A), un terzo a metà trattamento (B), un terzo alla fine (C).
Si ipotizza che le sedute totali necessarie siano 10 (disposte sull'ascissa).
Sull'ordinata abbiamo un punto A che è il livello di motivazione che porta il paziente a recarsi dal dentista per chiedere di essere curato[8].
La motivazione, indicata dalla linea curva rossa da A a x, mentre è al suo apice nel punto A, cioè nel momento in cui il paziente decide di sottoporsi alla cura, decresce in modo assai rapido, anche grazie a metodiche che permettono di abbattere rapidamente il dolore o di svolgere in poco tempo operazioni che richiedevano molte sedute.
In poco tempo il paziente, che vede soddisfatto il suo bisogno iniziale, perde gran parte della motivazione alla cura. La disponibilità al pagamento, che esisteva sicuramente al punto A – e che probabilmente superava quanto richiesto in quel momento –, decresce altrettanto rapidamente. Sarebbe logico aspettarsi che gli importi degli acconti successivi decrescano, seguendo così l'andamento della percezione del bisogno. Ma spesso così non è. La Figura 2 rende evidente che la linea del pagamento, (indicata da A a N, nei momenti previsti per i versamenti di A, B e C: un terzo, un terzo e un terzo) è una linea retta che si discosta sempre più dall'andamento di quella della percezione del bisogno.
Risulta ovvio che per concordare delle modalità di pagamento che seguano la curva discendente della motivazione è indispensabile redigere il Piano di Trattamento.

3. Case history: introduzione

La formulazione del Piano di Trattamento personalizzato sta alla base del successo dello Studio odontoiatrico inteso come azienda. Devono essere valutate tutte le patologie del cavo orale, la salute generale e gli aspetti socio-economici e culturali del paziente.
Non minore importanza ha la componente psicologica.
L'instaurazione di un rapporto di fiducia, sereno e basato sul reciproco rispetto tra il paziente e il medico, è alla base di qualunque tipo di trattamento. Il trattamento odontoiatrico, essendo un trattamento multidisciplinare, presenta delle difficoltà intrinseche molto elevate, non ultima la necessità di utilizzare diversi consulenti su un unico paziente.
Un altro problema, più di natura gestionale, è rappresentato dalla variabile tempo sia delle singole sedute sia del trattamento nel suo insieme.
Per ridurre al minimo gli errori di valutazione del caso clinico – errori che si ripercuoterebbero sulla gestione del paziente e sull'organizzazione dello Studio – è necessario seguire un iter omogeneo da adottare su tutti i pazienti.

TOSCO_17x24_05.indd 99 7-07-2010 14:11:06

3.1 Prima visita: rilevamento dei dati. L'organizzazione della prima visita rappresenta sicuramente un momento di fondamentale importanza per l'instaurazione di un corretto rapporto tra il paziente e la struttura odontoiatrica a cui ci si sta rivolgendo. Il contatto telefonico tra paziente e Studio è infatti il nostro primo biglietto da visita.
Normalmente, il paziente che si rivolge a noi per la prima volta lo fa sotto consiglio di un conoscente che abbiamo avuto in cura o stiamo curando. Durante la sua presentazione telefonica tenderà a sottolineare quando e da chi è stato inviato; è importante, quindi, che questa indicazione venga riportata sull'agenda degli appuntamenti, in modo tale che quando verrà accolto nell'ambito della prima seduta clinica lo si faccia nel modo più personalizzato possibile.
Per esempio: «Buongiorno signor Bianchi, si accomodi. Ho saputo che il signor Rossi le ha consigliato la nostra struttura, spero si possa trovare altrettanto bene».
È una gentilezza di poco conto, ma serve ad alleggerire la tensione e la preoccupazione che generalmente accompagna il paziente quando si presenta al medico. In questa occasione viene consegnata una lettera di presentazione dello Studio con la quale si portano a conoscenza le finalità dell'ambulatorio odontoiatrico cui si è affidato.
Si deve mettere in risalto l'importanza che riveste una corretta diagnosi, ma che senza una adeguata collaborazione difficilmente si potranno raggiungere degli obiettivi terapeutici soddisfacenti (Allegato 1):

Il nostro Studio si dichiara molto onorato della Vostra richiesta di una visita. Allo scopo di chiarire anticipatamente alcuni punti che renderanno più facile il trattamento del Vostro caso, Vi preghiamo di leggere la descrizione della nostra politica operativa, progettata e realizzata per il vostro massimo utile.
Esercitiamo la Nostra attività basandoci sulla formula della CURA e della PREVENZIONE INTEGRALE.
CURA INTEGRALE significa che a ogni Paziente viene sempre fatta una visita specialistica completa, allo scopo di scoprire non solo tutte le carie, ma per evidenziare anche gli eventuali disturbi gengivali che, se trascurati, possono condurre alla perdita di denti completamente sani (piorrea); verranno anche ricercate le alterazioni ortodontiche nei bambini e quelle protesiche negli adulti. Per fare una corretta diagnosi verranno eseguite tutte quelle ricerche necessarie quali radiografie specifiche, impronte di studio e fotografie, ne seguirà un piano di trattamento con relativo preventivo di spesa e le eventuali condizioni di pagamento.
Tutti i trattamenti vengono realizzati con lo scopo ben preciso di conservare il più a lungo possibile la dentatura dei pazienti senza trascurare un servizio di PREVENZIONE PERSONALIZZATA CONTINUA. Affinché ciò possa realizzarsi, sia durante la cura per riabilitare la vostra bocca sia per mantenerla in perfetta

Allegato 1

TOSCO_17x24_05.indd 100 7-07-2010 14:11:06

salute a riabilitazione avvenuta, è assolutamente indispensabile la Vostra collaborazione. Tale collaborazione si dovrà manifestare con i seguenti punti: a) visita periodica semestrale; b) pulizia dentale specialistica (detartrasi); c) corretta igiene orale domiciliare. È indispensabile che ogni paziente di questo Studio impari a riconoscere nella placca dentale e nel tartaro il principale nemico dei propri denti e delle sue gengive. Con l'insegnamento delle pratiche più elementari di igiene dentale, spazzolino e filo interdentale, si può raggiungere e mantenere questo scopo. Resta comunque inteso che sarà sempre comunque affidata alla Vostra costanza la buona riuscita di un programma efficace e protratto nel tempo; d) consigli dietetici: in bocche predisposte, anche errori dietetici, specie se uniti a scarsa igiene, possono peggiorare il decorso devastatore della carie e delle malattie gengivali. Particolarmente zuccheri, cioccolato e dolciumi in genere sono, a ogni età, nemici pericolosi della salute dentale. Nostro scopo fondamentale è che ogni paziente diventi il PRIMO ASSISTENTE DI SE STESSO.

Contemporaneamente alla lettera di presentazione dello Studio viene consegnata al paziente una scheda anagrafica e un questionario anamnestico (Allegato 2):

DATI ANAGRAFICI DATA _____
COGNOME _____ NOME _____
VIA _____ CITTÀ _____
TEL. ABITAZ. _____ TEL. UFF. _____
CELL. _____
DATA e LUOGO di NASCITA _____
CODICE FISCALE _____

ANAMNESI
Siete stato ricoverato in ospedale negli ultimi due anni? _____
Avete assunto farmaci nell'ultimo anno? _____
Siete allergici a qualche farmaco? _____
Avete mai notato di sanguinare facilmente o a lungo? _____
Soffrite di disturbi nervosi che hanno richiesto l'uso di farmaci? _____
Soffrite di attacchi convulsivi o epilessia? _____
Soffrite di sinusite o difficoltà respiratorie? _____
Siete asmatici? _____ Malattie di cuore? _____
Epatite virale? _____ Pressione alta? _____
Diabete? _____ Malattie infettive di qualunque tipo? _____
Siete sieropositivi? _____
Avete subito trasfusioni negli ultimi 5 anni? _____
Gravidanza? _____ Pillola antifecondativa? _____ Siete fumatori? _____

Si ricorda al paziente che codesta cartella è altamente personale e coperta da segreto professionale. In base alla legge 196/03, acconsento che i dati riguardanti la mia persona, raccolti nella mia scheda personale, vengano custoditi e trattati ai fini specialistici e contabili, ferma restando la tutela alla quale soggetti, essendo coperti dal segreto professionale.

FIRMA _____

Allegato 2

TOSCO_17x24_05.indd 101 7-07-2010 14:11:07

3.2 Osservazione del paziente. Se il paziente non riesce a completare correttamente il questionario anamnestico fornendo indicazioni limitate, è corretto che il medico scelga di interrogarlo direttamente, al fine di ottenere indicazioni di rilievo. In tal modo è possibile creare un rapporto più stabile, consentire una maggiore discussione e fornire al paziente la possibilità di guadagnare fiducia e rassicurazione sul fatto che l'interesse del medico sia rivolto alle sue condizioni di salute generale e non solo a quella del cavo orale. L'anamnesi positiva per una patologia medica e le conseguenti limitazioni imposte alla terapia odontoiatrica e alla sua prognosi devono essere valutate prima di formulare un piano di terapia. Nei casi più gravi è corretto chiedere un consulto con il medico curante.

Il consulto, prima di iniziare la terapia odontoiatrica, è necessario per stabilire fino a che punto il paziente sia in grado di tollerare tutte le fasi necessarie alle cure specialistiche. Il colloquio risulta essere anche importante per l'identificazione di tutti gli aspetti psicologici ed emotivi.

I pazienti con patologie psichiatriche sono da considerarsi come pazienti "difficili": tendono a reagire esageratamente a piccoli problemi riducendo al minimo la collaborazione. Questo tipo di paziente deve essere sempre preparato emotivamente prima della terapia odontoiatrica ed è sempre necessario discutere delle sue paure, fornendogli spiegazioni dettagliate dei trattamenti che è disposto ad accettare.

ll paziente psichiatrico percepisce in modo esagerato e sgradevole tutte le modificazioni della masticazione o dell'aspetto estetico. È pertanto opportuno, nei limiti del possibile, cercare di formulare riabilitazioni protesiche semplificate nella tecnica di esecuzione e nella durata. Nei casi più gravi è consigliato il consulto di uno psichiatra che imposti una terapia farmacologia di supporto o fornisca all'odontoiatra precise indicazioni comportamentali. Viceversa, l'ansia, che è una delle componenti psicologiche più comuni rintracciabili nei nostri pazienti, non deve essere considerata come una patologia. Questo stato d'animo può essere facilmente superato dedicando al paziente un tempo maggiore per rassicurarlo, motivando ogni passaggio terapeutico, comunicando sempre con chiarezza e semplicità. Riuscire a instaurare con il paziente un corretto rapporto fiduciario fin dall'inizio è alla base del successo terapeutico.

Qualora nell'ambito della prima visita emergano patologie sistemiche o infettive per cui siano previste protocolli operatori o procedure di disinfezione e sterilizzazione particolari, è bene apporre un autoadesivo colorato nell'angolo superiore sinistro della cartella in modo da organizzare e velocizzare i protocolli operativi sopra citati, come ad esempio l'utilizzo di anestetico senza vasocostrittore o l'impiego di disinfettante specifico per strumenti utilizzati su pazienti portatori di epatite C.

TOSCO_17x24_05.indd 102 7-07-2010 14:11:07

3.3 La visita. Dopo aver correttamente raccolto tutti i dati anamnestici e le eventuali variabili si può procedere con la visita odontoiatrica vera e propria. In base alla tipologia di cure da affrontare si sceglierà:

- di formulare un piano di cure immediato, se la problematica è di semplice risoluzione;
- oppure di richiedere nuovi esami strumentali indispensabili al raggiungimento di una corretta diagnosi.

Se si richiederanno radiografie da realizzare al di fuori dello Studio, si procederà a fissare un successivo appuntamento per la rivalutazione del caso. Nei casi più complessi, oltre agli esami radiografici, sono indispensabili impronte per modelli di studio e fotografie.
Solo a questo punto, analizzati tutti i dati a nostra disposizione, potremo formulare il definitivo piano di cure.

3.4 Il Piano di Cura. Le sequenze operative devono seguire un ordine logico ben prestabilito che deve essere spiegato e motivato al paziente. Se alcune prestazioni specialistiche dovranno essere eseguite da consulenti, il paziente dovrà esserne preventivamente informato, precisando che la scelta di affidarsi ad altri collaboratori è guidata dalla filosofia di fornirgli una prestazione altamente professionale. Il paziente deve comprendere che solo un gruppo di specialisti, sostenuto da assistenti adeguatamente formati, può intervenire con capacità, tecnologie avanzate ed esperienza tali da affrontare con efficacia tutte le patologie del cavo orale.
Solo una corretta pianificazione permette di determinare la sequenza degli interventi clinici più appropriata, al fine di conseguire gli obiettivi terapeutici concordati con il paziente in base anche alla sua motivazione, alle sue priorità e alle sue aspettative.
La sequenza operativa deve iniziare con:

- trattamenti d'urgenza per risolvere patologie acute;
- istruzione all'igiene e detartrasi;
- sondaggio e compilazione della cartella parodontale;
- visita gnatologica;
- esami radiografici endorali (sistematico);
- estrazione degli elementi irrecuperabili;
- conservativa;
- endodonzia;
- ricostruzione elementi trattati endodonticamente;
- interventi di chirurgia orale;

TOSCO_17x24_05.indd 103 7-07-2010 14:11:07

- courettage a quadrante;
- interventi di chirurgia parodontale;
- interventi di chirurgia preprotesica;
- studio del caso protesico;
- interventi di chirurgia impiantare;
- provvisori;
- rivalutazione del caso;
- protesi definitiva.

3.5 Dal Piano di Cura al Piano di Trattamento. Il passaggio successivo rappresenta una fase di fondamentale importanza nell'economia dello Studio: la trasformazione del piano di cura in un piano di trattamento complesso, organizzativo (programmazione degli appuntamenti) ed economico (preventivo e programmazione contabile). Questo passaggio tra la componente clinica e quelle di segreteria deve sottostare a regole precise in modo tale da essere veloce e automatico. Prenderemo qui in esame la preparazione del preventivo e la preparazione del programma degli appuntamenti.

3.5.1 Il preventivo. In base alle terapie riportate in cartella, dopo che il medico nell'ambito della visita ha spiegato al paziente la tipologia delle cure da eseguire, la segreteria preparerà un preventivo scritto, in duplice copia, una per il paziente che restituirà firmata in caso di accettazione, una da allegare in cartella.
Riassumendo, un preventivo corretto deve:

- essere scritto;
- essere in duplice copia;
- essere datato;
- indicare il tempo di validità;
- indicare particolari sconti;
- indicare le voci del trattamento;
- specificare che nell'ambito della terapia ci possono essere dei cambiamenti dovuti a imprevisti verificatisi durante la seduta operatoria;
- indicare le condizioni di pagamento.

3.5.2 La programmazione degli appuntamenti. È questa forse la fase ergonomicamente più delicata per il miglior funzionamento dello Studio: una corretta programmazione delle sedute operatorie significa, infatti, ottimizzazione

TOSCO_17x24_05.indd 104 7-07-2010 14:11:07

delle risorse dello Studio stesso e quindi un lavoro qualitativamente e, non dimentichiamolo, economicamente migliore. La corretta sequenza e durata degli appuntamenti deriva da una conoscenza da parte del personale di segreteria di numerosi aspetti inerenti la parte clinica; l'importanza del team odontoiatrico trova in questa fase la sua massima espressione. Sarà pertanto compito del medico "educare" e "formare" il personale di segreteria in modo tale che l'elaborazione del programma di appuntamenti diventi automatico. La conoscenza della durata di ogni singola terapia, le sue difficoltà di realizzazione, i vari inconvenienti a queste collegate permettono alla segreteria una più corretta organizzazione. Essa deve tenere presente alcune regole fondamentali riguardanti sia il paziente sia la struttura.

Per quanto riguarda il paziente, si devono tenere in considerazione le sue disponibilità di orario (da annotare, se particolari, sulla cartella) e domandare se oltre agli orari di fine lavoro abbia la possibilità di ottenere permessi per cure impegnative, come ad esempio un intervento chirurgico o le impronte per una grossa riabilitazione protesica fissa.

Per quanto riguarda lo Studio è necessario rispettare alcune norme:

- gli appuntamenti non devono interrompere il normale ritmo lavorativo;
- nel corso della giornata vanno riservati, specialmente in strutture grandi, due quarti d'ora per le urgenze;
- gli interventi impegnativi con eventuali possibili complicazioni non vanno fissati nelle ore serali;
- gli interventi chirurgici vanno fissati in prima mattinata o nelle prime ore del pomeriggio, quando la carica batterica dispersa nell'aria è minore, e non in giorni di vigilia delle festività, quando non vi è la possibilità di effettuare gli adeguati controlli che fanno parte di questo tipo di trattamento;
- gli appuntamenti ai bambini di età inferiore ai 13/14 anni andrebbero organizzati nella stessa giornata in modo da poter allestire adeguatamente la sala d'attesa e i relativi riuniti;
- il programma di lavoro deve tenere conto delle strutture dello Studio. È buona norma evitare il susseguirsi dello stesso intervento per più volte di fila nell'arco della stessa giornata per permettere la sterilizzazione del materiale necessario all'intervento (basti pensare al materiale necessario per eseguire un intervento implantare o una terapia endodontica).

La sequenza, la frequenza e la durata degli appuntamenti deve inoltre tenere conto di altri tre fattori: il primo legato alla tipologia della cura (endodonzia, conservativa, chirurgia, protesi); il secondo determinato dalla tipologia di paziente; il terzo legato al rapporto che lo Studio ha con il laboratorio odontotecnico. In quest'ultimo caso, il tempo intercorrente tra un appuntamento

TOSCO_17x24_05.indd 105 7-07-2010 14:11:07

e il successivo sarà determinato dai tempi di consegna dei manufatti protesici, che generalmente richiedono una settimana per i lavori più semplici, una quindicina di giorni per quelli più complessi.
Per quanto riguarda la sequenza e la durata degli appuntamenti, soprattutto nella fase di addestramento del personale di segreteria, sarà il medico a stabilirla; successivamente, appresi i meccanismi che regolano la progettazione del piano di trattamento, la segreteria diventerà autonoma e l'elaborazione del programma degli appuntamenti un'operazione delicata ma automatica.
Tutti i cambiamenti terapeutici, che devono essere il più limitati possibile, vanno prontamente segnalati dalla segreteria in modo tale che il paziente sia costantemente aggiornato e non sorgano inutili discussioni al termine del trattamento.
È superfluo ricordare che ottemperare a un contratto, quale è il preventivo, è senz'altro indice di serietà e correttezza professionale. Questo, unito alla gentilezza, alla puntualità e all'ottimizzazione degli appuntamenti, sarà percepita dal paziente in maniera più che positiva.
La standardizzazione della preparazione del piano di lavoro come detto è alla base della redditività dello Studio odontoiatrico; risulta pertanto opportuno tracciare e rispettare alcune regole generali, oltre quelle fino a qui elencate, che portino al raggiungimento di tale risultato. Per questo motivo nel nostro Studio la sequenza e la durata degli appuntamenti è prestabilita, ma è soggetta ad alcune variabili che tengono conto delle caratteristiche del paziente, primo tra tutti l'età e l'atteggiamento che egli ha nei confronti della figura del dentista. Generalmente l'appuntamento a pazienti di età inferiore ai 10-12 anni viene fissato nella stessa giornata con una durata che è di regola maggiore di 10-15 minuti a seconda dell'età del paziente stesso e della familiarità che abbiamo instaurato. Lo stesso discorso vale per i pazienti adulti particolarmente ansiosi; per questi va prevista, almeno nelle fasi iniziali del trattamento, una dilatazione della tempistica dello stesso.
Il medico deve comunicare questi aspetti alla segreteria, che potrà così variare la programmazione degli appuntamenti del singolo paziente.
Dopo aver preso visione e accettato il preventivo, la segreteria fissa al paziente una serie iniziale di appuntamenti necessari per bonificare il cavo orale (igiene ed estrazioni). La durata che riserviamo a queste sedute è di un'ora per la detartrasi unitamente alla lezione di igiene e di mezz'ora per le avulsioni dentarie. Se si prevede una bonifica chirurgica con utilizzo di materiali riempitivi, atti a favorire il processo di guarigione e limitare il riassorbimento della cresta alveolare residua, i tempi sono variabili e da concordare con il medico.
Terminata la guarigione e verificato il corretto apprendimento delle manovre di igiene, al paziente vengono programmate le sedute necessarie a eseguire le cure conservative ed endodontiche. Differente sarà il tempo per eseguire

TOSCO_17x24_05.indd 106 7-07-2010 14:11:07

un'otturazione sulla semplice superficie occlusale rispetto a un'otturazione che interessi più pareti o elementi dentari del settore frontale. Per le cure endodontiche deve essere diversificata la seduta a seconda che si tratti di un monoradicolato o di un pluriradicolato. Generalmente, soprattutto nelle fasi iniziali del trattamento tendiamo a non fissare appuntamenti estremamente lunghi, sia per non "traumatizzare" il paziente sia perché un'eventuale disdetta determinerebbe un problema per colmare lo spazio lasciato vuoto in agenda. È importante a tale riguardo che, soprattutto per quanto riguarda gli appuntamenti lunghi, venga effettuata la conferma telefonica il giorno precedente. Terminata questa prima fase, viene fatta una rivalutazione che può anche portare a una revisione e/o modifica della cura precedentemente stabilita. Le successive fasi hanno tempistiche completamente differenti a seconda del numero di denti da protesizzare o impianti da posizionare: un corretto addestramento del personale di segreteria fa sì che questo autonomamente fissi gli appuntamenti della durata corretta tenendo conto della variabile sopra citata e conoscendo la tempistica del medico per ogni singola terapia.
L'affiatamento del team odontoiatrico permette che tutti questi aspetti vengano rispettati e confluiscano nella progettazione e realizzazione proficua del nostro lavoro.
Per facilitare lo svolgimento del lavoro è necessario inquadrare i nostri pazienti in categorie ognuna delle quali necessita di attenzioni specifiche sia dal punto di vista clinico sia da quello di segreteria.
Nel nostro Studio le procedure organizzative vengono allestite basandosi sui fattori di rischio applicati a questa classificazione:

- paziente in età pediatrica;
- paziente con patologie sistemiche, psichiatriche o ad alta componente emozionale;
- paziente adulto.

Operatività	Bambino	Patologia sistemica	Adulto
Prima visita	20'	30'	30'
Presentazione piano di cura complesso		30'	30'
Conservativa otturazione OC/OM/OD	35'	45'	30'
Otturazione MOD	45'	45'	45'
Endodonzia monoradicolato	30'	45'	30'
Endodonzia pluriradicolato	2 sedute da 30'	75'	60'
Estrattiva	15'	45'	30'
Chirurgia ottavo incluso e piccola chirurgia		45'	30'
Implantologia		60' + 15' a impianto	45' + 15' a impianto
Protesi fissa			
provvisori		45' + 15' a dente	30' + 15' a dente
impronte		45' + 15'' a dente	30' + 15' a dente
cementazione		30'	15'

Tab. 6 - La tabella riassume le tempistiche generali impostate nel nostro Studio[9].

TOSCO_17x24_05.indd 107 7-07-2010 14:11:07

Note capitolo 05

1. Con il termine "nodi" si intendono le azioni che, nel flusso del processo produttivo (l'intero arco della cura di un cliente) rivestono particolare importanza, vuoi perché collocati all'inizio di una serie di azioni da essi condizionate (ad es.: il piano di cura può essere condizionato dal modo di condurre la prima visita), vuoi perché sono da organizzare sulla base di azioni precedenti (ad es.: l'amministrazione organizza gli incassi, e ciò può influire sulle scadenze delle sedute; ma, a sua volta, non può decidere di concordare le modalità di pagamento se non ha a monte un preciso piano di trattamento). Un nodo, nel processo produttivo, può essere visto anche come un contenitore di microprocessi, da 1 a n, quanti necessari per raggiungere l'obiettivo specifico (Cfr. cap. 01).

2. In un percorso diacronico dell'analisi dei vari nodi si sarebbe dovuto, in questa occasione, trattare della prima visita e della questione del preventivo. Ci sembra, tuttavia, che il piano di trattamento, in quanto utilizzato (o poco utilizzato, secondo i casi) nella pratica quotidiana, rivesta una impellenza maggiore. È questo il motivo per cui viene affrontato subito. Ci agganceremo alla visita e al preventivo prossimamente.

3. Naturalmente si suggerisce di redigere il PdT nel caso di situazioni complesse o comunque ritenute tali dall'operatore clinico. Molti dei trattamenti che vengono praticati in uno studio sono ripetitivi, con un numero di sedute pressoché standard. In questi casi (che sono poi la maggioranza) il PdT può con tranquillità essere delegato all'Amministrazione, una volta determinato il modello di riferimento.

4. In verità ci sono anche degli operatori che – per abitudine e non sotto l'impellenza di un'urgenza – decidono sul momento che cosa fare. Ma, per fortuna, non sembrano essere in molti a soffrire di una tale pulsione verso l'arte e la creatività...

5. La segreteria, avendo il paziente davanti mentre concorda le date e l'orario delle sedute, può avere l'immediato riscontro della disponibilità di tempo del paziente verso l'intera cura (o, nel caso di trattamenti lunghi, almeno di un congruo numero di sedute a venire). Inoltre, avendo il tempo minimo clinico indicato dal dentista che ha redatto il PdT, può ottimizzare il tempo di durata dell'intera cura (c'è una gran differenza tra incassare il prezzo di una terapia in un mese o diluirlo su tre mesi).

6. Si parla qui, per la prima volta, di valore di produzione. Naturalmente si tratta di un concetto complesso e articolato che non si ha la pretesa di affrontare in tutto il suo spessore in questo specifico contesto. Tuttavia, cerchiamo di precisarlo meglio.
   Quando si esegue un lavoro, qualunque esso sia, si genera come risultato un valore. Questo valore è detto valore di produzione. Esso è del tutto separato dal valore finanziario, cioè dal prezzo che voglio e/o posso rivendicare per il lavoro svolto. Io posso decidere di erogare una prestazione e non farmela pagare, non prendendo quindi in considerazione la ricaduta finanziaria (considerandola cioè pari a zero), ma non potrò mai eliminare il valore di produzione connesso al lavoro che ho espresso, sia esso intellettuale o manuale.
   Nel caso dell'azienda odontoiatrica: si può decidere di non far pagare la prima visita (perché la si considera una promozione o un rischio d'impresa), ma non si potrà sostenere che ha

TOSCO_17x24_05.indd 108 7-07-2010 14:11:07

Note capitolo 05

un valore di produzione pari a zero, poiché è connessa con l'erogazione di un lavoro. Lo stesso ragionamento vale per i controlli, per l'eliminazione dei punti di sutura ecc.
Allo stesso modo si può ragionare dei costi di produzione. Questo concetto comprende tutti i costi indiretti (struttura in cui avviene l'azione, tasse e tributi, utenze, mantenimento delle condizioni di agibilità, attrezzature generali, costruzione delle professionalità) che permettono potenzialmente l'erogazione della prestazione e i costi diretti (personale addetto, attrezzature specifiche, materiale di consumo, tempo degli operatori), che permettono l'erogazione reale della prestazione. Rispetto ai costi indiretti è possibile affermare che essi esistono per il solo fatto che esiste la struttura organizzata.
Nel caso specifico dell'azienda odontoiatrica, succede a volte di sentire affermazioni del tipo: «Non mi è dispiaciuto che il tal paziente non si sia presentato all'appuntamento. Almeno ho potuto leggere il giornale!». Tutte le disdette (intese come un paziente che non si presenta all'appuntamento senza avvisare in tempo utile per la sostituzione) hanno un costo molto elevato per l'azienda di servizi.
Non solo, infatti, non si accede al recupero del valore finanziario del lavoro previsto, ma in più si devono sostenere tutti i costi indiretti e parzialmente diretti che si sono attivati per predisporre il sistema a erogare la prestazione. Se si tiene conto che, nella struttura odontoiatrica non organizzata, non è irrealistico pensare a una disdetta al giorno, c'è da augurarsi che il giornale di cui sopra contenga almeno delle notizie divertenti...
Ci sono anche sul mercato dei programmi informatici che fanno assegnazioni del valore di produzione con un simile criterio, confondendo tra produzione e valore finanziario. Questo errore potrebbe essere un valido motivo per cominciare a scartare, quando si va alla ricerca dei supporti software per le aziende odontoiatriche, un buon numero di prodotti.

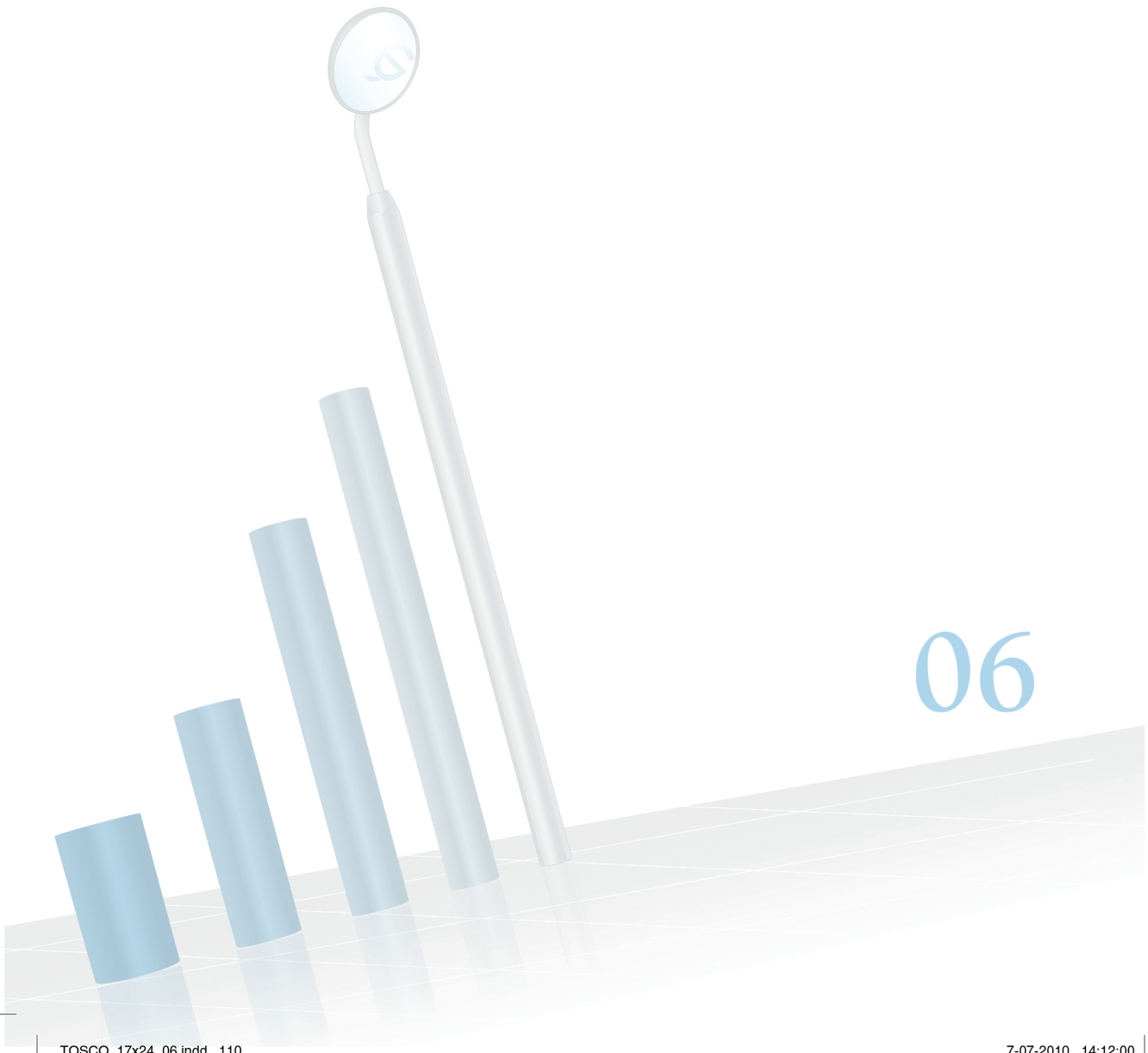
7. Ci sono anche sul mercato dei programmi informatici che fanno assegnazioni del valore di produzione con un simile criterio, confondendo tra produzione e valore finanziario. Questo errore potrebbe essere un valido motivo per cominciare a scartare, quando si va alla ricerca dei supporti software per le aziende odontoiatriche, un buon numero di prodotti.

8. In genere, la motivazione che spinge il paziente a recarsi in un'azienda odontoiatrica per una cura è molto elevata, tale da far superare tutte le resistenze contrarie, psicologiche ed economiche.

9. Bisogna tener conto di alcune variabili legate sia alla singola prestazione (numero di elementi dentari da estrarre, da trattare, numero di impianti da posizionare nell'ambito della stessa seduta) sia all'operatore (esperienza, tecniche impiegate). Tenendo conto di queste variabili ognuno reimposterà la durata di ogni appuntamento secondo le proprie necessità.

TOSCO_17x24_05.indd 109 7-07-2010 14:11:07

Il Controllo di Gestione nell'azienda odontoiatrica



06

TOSCO_17x24_06.indd 110 7-07-2010 14:12:00

Premessa

Il controllo di gestione, detto anche "controllo direzionale", è il sistema operativo volto a guidare il "Sistema-Azienda" verso quegli obiettivi stabiliti in sede di pianificazione strategica prima, e di pianificazione operativa poi.
Gestire la propria azienda, lo Studio odontoiatrico, vuol dire individuare il fabbisogno di risorse e attrezzature necessarie al corretto svolgimento della propria attività professionale, individuare gli obiettivi da perseguire traducendoli in piani operativi concreti, supportare le risorse umane (personale dipendente e/o colleghi-collaboratori) nello svolgimento delle loro attività, verificare costantemente il raggiungimento degli obiettivi prefissati e la tempistica definita in sede di programmazione, individuare i bisogni di sviluppo professionale delle risorse umane, curare e valorizzare le risorse (economiche, umane e tecnologiche) necessarie al funzionamento della propria azienda; in altre parole, vuol dire attivare un processo di controllo che non deve essere fine a se stesso, ma deve fornire informazioni utili al corretto funzionamento dell'azienda.
Il controllo di gestione è quella variabile organizzativa non strutturale che aiuta l'imprenditore dentista a gestire il proprio Studio. È il processo con il quale il dentista si assicura che le risorse vengano acquisite e impiegate in modo efficace ed efficiente per raggiungere gli obiettivi che si è prefissato.
Il controllo di gestione ha un orizzonte temporale di breve periodo, ma con un orientamento al futuro, coinvolge direttamente e indirettamente tutte le risorse umane dello Studio odontoiatrico. Le risorse umane e i mezzi tecnici sono elementi fondamentali del sistema aziendale. L'elemento umano, inteso come individuo o gruppo di individui, utilizzando nel proprio lavoro mezzi tecnici e regole organizzative ben definite, dà origine a un comportamento organizzativo rivolto a certi obiettivi che producono risultati. Tutto il sistema aziendale è correlato all'ambiente esterno da cui è influenzato. A sua volta, il comportamento dell'azienda influenza l'ambiente esterno (cfr. Fig. 1).

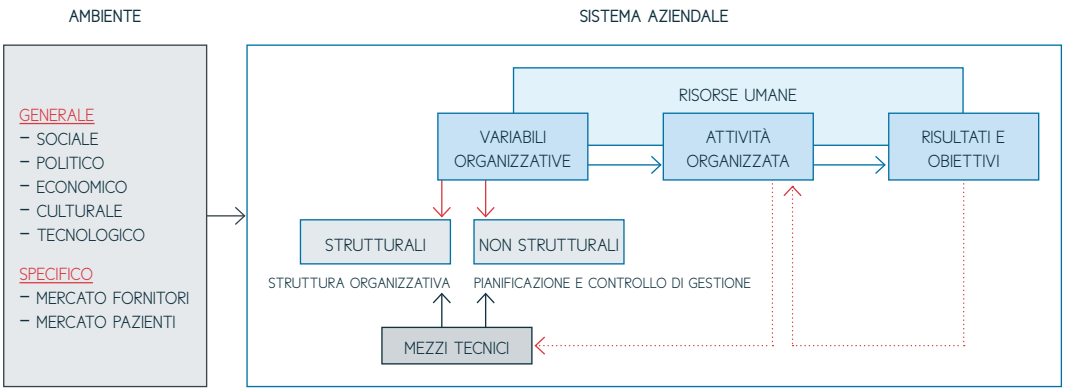


Fig. 1

TOSCO_17x24_06.indd 111 7-07-2010 14:12:00

1. Fasi del controllo di gestione

Le fasi del processo di controllo sono così articolate:

1. controllo antecedente;
2. controllo concomitante;
3. controllo susseguente.

Il controllo antecedente, o "budgeting", traduce in obiettivi operativi ciò che si è stabilito in sede di pianificazione; pertanto, gli obiettivi diventano misurabili (indicatori di efficacia e di efficienza), vengono integrati con la previsione delle risorse umane e non necessarie al loro conseguimento e, infine, vengono assegnati ai *centri aziendali di responsabilità*[1].

Il controllo concomitante misura periodicamente gli indicatori rilevando i costi (diretti e indiretti) e i risultati. Le informazioni contabili vengono comunicate ai centri di responsabilità e alla direzione, al fine di attivare eventuali azioni correttive e di modifica.

Il controllo susseguente in pratica chiude il ciclo del controllo di gestione. È il momento della comunicazione ai centri di responsabilità e alla direzione dei risultati conseguiti. Tali risultati sono utili per la stesura dei budget successivi nonché per la valutazione delle risorse umane, qualora esistesse un "sistema premiante" (MBO o DPO) integrato al controllo di gestione stesso (vedi Allegato p. 121).

2. Il controllo della produzione

La produzione può essere definita come il valore economico della prestazione erogata al paziente. Tale valore scaturisce dal listino o dai listini dello studio. Talvolta il concetto di produzione viene erroneamente equiparato all'incasso. Il medico, nel curare un paziente, eroga un servizio che ha un valore economico, la produzione appunto, il cui valore varia in base alla tipologia di prestazione fornita. Lo stesso paziente, poi, non necessariamente salda la prestazione che gli è stata fornita (incasso per lo Studio); ciò dipende dalle modalità di pagamento concordate tra Studio e paziente in sede di presentazione del preventivo. Ecco quindi che la produzione e l'incasso sono due momenti legati alla stessa prestazione, ma spesso distinti tra loro.

Nello Studio odontoiatrico le produzioni erogate ai pazienti possono essere accorpate e quantificate secondo tre distinte tipologie:

1. operatore-produttore (medico/igienista);
2. area clinica;
3. riunito[2].

2.1 Il controllo dei costi di produzione. I costi possono essere classificati con modalità differenti, ma per l'azienda odontoiatrica si può parlare di costi

TOSCO_17x24_06.indd 112 7-07-2010 14:12:00

fissi (anche indiretti) e di costi variabili (anche diretti).
Sono fissi quei costi generati dalla "struttura aziendale" e non dai volumi di produzione; sono variabili i costi la cui entità varia al variare della produzione[3].
I costi, sia fissi sia variabili, possono essere accorpati o classificati in centri di costo[4].

Ipotesi di classificazione dei costi in centri di costo:

- attrezzature - costi per attrezzature gestionali e cliniche (acquisto/manutenzione-riparazione);
- collaboratori - compenso ai collaboratori clinici;
- consulenti - commercialista, lavoro, gestionale, informatico ecc.;
- servizi telefonici, riscaldamento, illuminazione, affitto e spese condominiali, manutenzione ordinaria della struttura;
- spese generali - costi non imputabili agli altri centri. Alcuni esempi: cancelleria, assicurazioni studio, materiali per pulizie, corsi e convegni, aggiornamento professionale ecc.;
- imposte e tasse inerenti l'attività, quali ad esempio tassa rifiuti, tassa radiologici, ICI (se lo studio è di proprietà) ecc.;
- leasing - macchinari e attrezzature dello Studio;
- materiali clinici - materiali di consumo generici e specifici di settore;
- odontotecnici - laboratori protesici;
- personale - costo lordo comprensivo di TFR;
- banca - spese di gestione del conto corrente, POS, interessi passivi;
- spese straordinarie - costi non ordinari di gestione, non previsti e/o prevedibili.

La conoscenza analitica dei costi e la loro classificazione offrono sicuramente dei vantaggi allo Studio odontoiatrico, in quanto permettono di orientare talune decisioni aziendali in base a calcoli di convenienza economica, permettono il controllo economico della gestione in termini di efficienza, come quello di individuare il fornitore che, a parità di prodotto/servizio, costa meno; inoltre, permettono di valutare le giacenze di magazzino e, quindi, ottimizzare la gestione acquisti, confrontare i dati con la gestione passata, individuare gli scostamenti e attivare una corretta e adeguata politica prezzi.

2.2 Il controllo dell'utile lordo e della redditività. Determinati i ricavi e i costi, si passa alla valutazione dell'utile.
L'utile lordo (prima delle imposte) di gestione dello Studio odontoiatrico è la

TOSCO_17x24_06.indd 113 7-07-2010 14:12:01

differenza tra i ricavi (produzione) e i costi:

UTILE = RICAVI – COSTI (FISSI E VARIABILI)

La redditività di gestione è l'espressione percentuale dell'utile:

REDDITIVITÀ = (UTILE / RICAVO) X 100

L'utile può essere inteso nella sua *totalità* (utile lordo totale di gestione) o come *valore parziale*[5] (utile lordo parziale di gestione), la cui somma dà sempre l'utile totale.
La procedura per la determinazione dell'utile totale dello Studio è relativamente semplice, mentre è più complessa la determinazione dell'utile parziale (produttore/macchinario/prestazione).
I costi classificati secondo i criteri sopra esposti devono essere ripartiti ai centri di ricavo secondo criteri e regole ben precise, tipiche del controllo di gestione. L'individuazione del *parametro tempo* (ore di lavoro) o del *parametro visita* (numero dei pazienti visitati) è importante per l'assegnazione e la ripartizione dei costi indiretti, mentre i costi diretti vengono assegnati sulla base del loro effettivo utilizzo[6].
L'analisi dei dati di report costituisce la premessa per valutare l'economicità dei servizi erogati e, in taluni casi, può influenzare o modificare il processo decisionale o le procedure operative all'interno dello Studio odontoiatrico. Ad esempio, dall'analisi della redditività si può decidere che una certa prestazione venga svolta da un produttore piuttosto che da un altro, poiché è economicamente più vantaggiosa per lo Studio (sempre a parità di qualità). L'analisi di alcuni costi specifici rispetto alla produzione specifica (ad esempio, il costo dell'impianto rispetto all'implantologia) possono orientare lo Studio a rivedere il rapporto con il proprio fornitore oppure intervenire sul tariffario[7]. Ancora, i dati di report danno indicazione sulla capacità di investimento dello Studio odontoiatrico, in nuove tecnologie, in nuovi macchinari, in risorse umane ecc. La scelta degli investimenti al di là delle tecniche utilizzate (metodo del periodo di recupero, del tasso annuale medio, del risultato economico attualizzato ecc.) si basano su valutazioni di natura finanziaria che presuppongono calcoli economici fondati su costi e su ricavi.

3. Alcuni esempi

Le Tabelle di seguito riportate, forniscono alcuni esempi di analisi che scaturiscono dal controllo di gestione in uno Studio odontoiatrico.
In particolare, le Tabb. 1-4 valutano la congruità del valore di listino di una prestazione rispetto ai costi di produzione. La Tabella 5 analizza l'incidenza dei costi diretti (materiali clinici) sulla produzione e, infine, le Tabb. 6, 7 analizzano il budget di produzione e i relativi scostamenti.

TOSCO_17x24_06.indd 114 7-07-2010 14:12:01

ABLAZIONE DEL TARTARO (1)			
tempo prestazione	minuti	60	
sedute	numero	1	
compenso collaboratore	su produzione	35,00 %	
prezzo (listino)		€ 86,00	
CENTRI DI COSTO	VOCI DI COSTO	QUOTA	% SUL PRODOTTO
Costi fissi		€ 31,97	37,17 %
Attrezzature Ammortamenti	acquisti, manutenzione	€ 5,18	6,02 %
Consulenti	commercialista, lavoro, altri	€ 3,24	3,77 %
Servizi	utenze, affitto ecc.	€ 7,27	8,45 %
Generali	varie	€ 5,72	6,65 %
Imposte e tasse	ICI, radiologi, Tarsu	€ 0,84	0,98 %
Leasing	attrezzature, macchinari	€ 2,51	2,92 %
Personale	segreteria	€ 5,57	6,48 %
Personale	assistente	-	0,00 %
Bancarie	gestione + oneri fin.	€ 0,75	0,87 %
Straordinarie		€ 0,89	1,03 %
Costi variabili		€ 38,46	44,72 %
Materiali clinici	generici + specifici	€ 8,36	9,72 %
Odontotecnici	laboratori	-	0,00 %
Collaboratori	igienista	€ 30,10	35,00 %
RICAVO		€ 86,00	100,00 %
SCONTO		-	0,00 %
COSTI		€ 70,43	81,90 %
UTILE LORDO		€ 15,57	18,10 %
REDDITIVITÀ		18,10 %	
La prestazione ABLAZIONE TARTARO dà un utile lordo di gestione pari a euro 15,57 e una redditività del 18,10 %			

Tab. 1

TOSCO_17x24_06.indd 115 7-07-2010 14:12:01

ABLAZIONE DEL TARTARO (2)			
tempo prestazione	minuti	60	
sedute	numero	1	
compenso collaboratore	su produzione	35,00 %	
prezzo (listino)		€ 86,00	
CENTRI DI COSTO	**VOCI DI COSTO**	**QUOTA**	**% SUL PRODOTTO**
Costi fissi		€ 31,97	37,17 %
Attrezzature Ammortamenti	acquisti, manutenzione	€ 5,18	6,02 %
Consulenti	commercialista, lavoro, altri	€ 3,24	3,77 %
Servizi	utenze, affitto ecc.	€ 7,27	8,45 %
Generali	varie	€ 5,72	6,65 %
Imposte e tasse	ICI, radiologi, Tarsu	€ 0,84	0,98 %
Leasing	attrezzature, macchinari	€ 2,51	2,92 %
Personale	segreteria	€ 5,57	6,48 %
Personale	assistente	-	0,00 %
Bancarie	gestione + oneri fin.	€ 0,75	0,87 %
Straordinarie		€ 0,89	1,03 %
Costi variabili		€ 38,46	44,72 %
Materiali clinici	generici + specifici	€ 8,36	9,72 %
Odontotecnici	laboratori	-	0,00 %
Collaboratori	igienista	€ 30,10	35,00 %
RICAVO		€ 86,00	100,00 %
SCONTO		€ 17,20	20,00 %
COSTI		€ 70,43	81,90 %
UTILE LORDO		-€ 1,63	-1,90 %
REDDITIVITÀ		-1,90 %	

La prestazione ABLAZIONE TARTARO dà una perdita gestione pari a euro 1,63. In qusto caso l'indicazione fornita dal controllo di gesione è la capacità di sconto sul tariffario dello Studio. Nell'esempio della tabella, uno sconto del 20 % (euro 17,20) comporta costi finali superiori ai ricavi: pertanto la prestazione è in perdita.

Tab. 2

TOSCO_17x24_06.indd 116 7-07-2010 14:12:01

OTTURAZIONE			
tempo prestazione	minuti	30	
sedute	numero	1	
compenso collaboratore	su produzione	33,00 %	
prezzo (listino)		€ 110,00	
CENTRI DI COSTO	**VOCI DI COSTO**	**QUOTA**	**% SUL PRODOTTO**
Costi fissi		€ 28,67	26,06 %
Attrezzature Ammortamenti	acquisti, manutenzione	€ 2,59	2,35 %
Consulenti	commercialista, lavoro, altri	€ 1,62	1,47 %
Servizi	utenze, affitto ecc.	€ 5,33	4,85 %
Generali	varie	€ 4,18	3,80 %
Imposte e tasse	ICI, radiologi, Tarsu	€ 0,84	0,76 %
Leasing	attrezzature, macchinari	€ 1,25	1,14 %
Personale	segreteria	€ 5,57	5,06 %
Personale	assistente	€ 5,89	5,35 %
Bancarie	gestione + oneri fin.	€ 0,75	0,68 %
Straordinarie		€ 0,65	0,59 %
Costi variabili		€ 43,62	39,65 %
Materiali clinici	generici + specifici	€ 7,32	6,65 %
Odontotecnici	laboratori	-	0,00 %
Collaboratori	igienista	€ 36,30	33,00 %
RICAVO		€ 110,00	100,00 %
SCONTO		-	0,00 %
COSTI		€ 72,29	65,72 %
UTILE LORDO		€ 37,71	34,28 %
REDDITIVITÀ		34,28 %	
La prestazione OTTURAZIONE dà un utile lordo di gestione pari a euro 37,71 e una redditività del 34,28 %			

Tab. 3

TOSCO_17x24_06.indd 117 7-07-2010 14:12:01

OTTURAZIONE			
tempo prestazione	minuti	45	
sedute	numero	1	
compenso collaboratore	su produzione	33,00 %	
prezzo (listino)		€ 110,00	
CENTRI DI COSTO	**VOCI DI COSTO**	**QUOTA**	**% SUL PRODOTTO**
Costi fissi		€ 39,12	35,56%
Attrezzature Ammortamenti	acquisti, manutenzione	€ 3,89	3,54 %
Consulenti	commercialista, lavoro, altri	€ 2,43	2,21 %
Servizi	utenze, affitto ecc.	€ 8,00	7,27 %
Generali	varie	€ 6,27	5,70 %
Imposte e tasse	ICI, radiologi, Tarsu	€ 0,84	0,76 %
Leasing	attrezzature, macchinari	€ 1,88	1,71 %
Personale	segreteria	€ 5,57	5,06 %
Personale	assistente	€ 8,84	8,04%
Bancarie	gestione + oneri fin.	€ 0,75	0,68 %
Straordinarie		€ 0,65	0,59 %
Costi variabili		€ 43,62	39,65 %
Materiali clinici	generici + specifici	€ 7,32	6,65 %
Odontotecnici	laboratori	-	0,00 %
Collaboratori	collaboratore	€ 36,30	33,00 %
RICAVO		€ 110,00	100,00 %
SCONTO		-	0,00 %
COSTI		€ 82,74	75,22 %
UTILE LORDO		€ 27,26	24,78 %
REDDITIVITÀ		24,78 %	

La prestazione OTTURAZIONE dà un utile lordo di gestione pari a euro 27,26 e una redditività del 24,78 %. In questo caso l'indicazione fornita dal controllo di gestione è la redditività di una prestazione con tempi seduta differenti (da 30 a 45 min.). Confrontanto la Tab. 4 con la Tab. 3 si può vedere come l'aumento del tempo seduta di 15 min. comporta una diminuzione dell'utile di euro 10,45 (-27,71 %) e una diminuzione della redditività che passa dal 34,28 % al 24,78 % (-27,71 %).

Tab. 4

TOSCO_17x24_06.indd 118 7-07-2010 14:12:01

ANALISI DELL'INCIDENZA DEI COSTI DEI MATERIALI CLINICI						
ANNO (1)	produzione	costo diretto	quota costo monouso	totale costi diretti	rapp. % su prodotti	
conservativa	427.319,49	55.484,22	5.252,51	60.736,73	14,21 %	-
endodonzia	119.832,59	32.033,99	1.472,95	33.506,94	27,96 %	-
parodontologia	204.809,20	224,00	2.517,47	2.741,47	1,34 %	-
protesi	529.267,52	12.767,30	6.505,64	19.272,94	3,64 %	-
chirurgia	100.225,51	5.009,63	1.231,95	6.241,58	6,23 %	-
implantologia	73.794,42	10.810,66	907,06	11.717,72	15,88 %	-
igiene	365.207,33	19.281,07	4.489,05	23.770,12	6,51 %	-
radiologia	45.627,20	3.009,35	560,84	3.570,19	7,82 %	-
ortodonzia	654.618,86	45.786,08	8.046,43	53.832,51	8,22 %	-
gnatologia	20.313,49	0,00	249,69	249,69	1,23 %	-
diagnostica + altro	32.492,07	0,00	399,39	399,39	1,23 %	-
	2.573.507,68	184.406,30	31.632,97	216.039,27	8,39 %	-
ANNO (2)	produzione	costo diretto	quota costo monouso	totale costi diretti	rapp. % su prodotti	differenza anno (1) anno (2)
conservativa	449,765,47	60.028,14	5.550,40	65.578,54	14,58 %	0,37 %
endodonzia	138,744,37	27.857,74	1.712,20	29,569,94	21,31 %	- 6,65 %
parodontologia	167,635,08	0,00	2.068,73	2.068,73	1,23 %	- 0,10 %
protesi	608.449,26	12.627,31	7.508,66	20.135,97	3,31 %	- 0,33 %
chirurgia	115.868,16	8.805,87	1.429,89	10.235,76	8,83 %	2,61 %
implantologia	110.837,93	35.396,69	1.367,81	36.764,50	33,17 %	17,29 %
igiene	417.390,32	17.848,36	5.150,87	22.999,23	5,51 %	- 1,00 %
radiologia	57.556,17	927,53	710,28	1.637,81	2,85 %	- 4,98 %
ortodonzia	477.148,82	49.524,97	5.888,33	55.413,30	11,61 %	3,39 %
gnatologia	17.826,77	0,00	219,99	219,99	1,23 %	0,00 %
diagnostica + altro	22.480,16	0,00	277,42	277,42	1,23 %	0,00 %
	2.583.702,51	231.016,61	31.884,57	244.901,18	9,48 %	1,08 %

La tabella analizza l'incidenza dei costi diretti – materiali clinici – rispetto alle aree cliniche di competenza confrontando inoltre lo scostamento dei valori, assoluti e percentuali, di un anno rispetto all'altro. L'indicazione fornita dal controllo di gestione è un aumento dell'incidenza del costo dei materiali clinici sulla produzione dell'1,08 %. Le variazioni risultano più significative (in senso positivo e negativo) analizzando le percentuali delle singole aree cliniche.

Tab. 5

TOSCO_17x24_06.indd 119 7-07-2010 14:12:01

BUDGET PER PRODUTTORE								
ANNO (1)	produtt. 1	Budget/an.	525.000,00		produtt. 2	Budget/an.	115.000,00	
	budget produzione	produzione effettiva	differenza	diff. %	budget produzione	produzione effettiva	differenza	diff. %
gennaio	38.804,35	49.978,45	11.174,10	28,80 %	8.500,00	9.600,50	1.100,50	12,95 %
febbraio	45.652,17	51.108,80	5.456,63	11,95 %	10.000,00	9.465,00	-535,00	-5,35 %
marzo	52.550,00	61.860,70	9.360,70	17,83 %	11.500,00	13.636,50	2.136,50	18,58 %
aprile	43.369,57	50.883,60	7.514,03	17,33 %	9.500,00	5.937,00	-3.565,00	-37,51 %
maggio	50.217,39	49.143,50	-1.073,89	-2,14 %	11.000,00	10.863,50	-136,50	-1,24 %
giugno	50.217,39	45.128,55	-5.088,84	-10,13 %	11.000,00	8.863,00	-2.137,00	-19,43 %
luglio	47.934,78	56.648,70	8.713,92	18,18 %	10.500,00	12.802,55	2.302,55	21,93 %
agosto	11.413,04	20.180,20	8.767,16	76,82 %	2.500,00	3.060,00	560,00	22,40 %
settembre	50.217,39	39.185,25	-11.032,14	-21,97 %	11.000,00	14.087,75	3.087,75	28,07 %
ottobre	50.217,39	44.163,20	-6.054,19	-12,06 %	11.000,00	12.530,75	1.530,75	13,92 %
novembre	47.934,78	38.248,00	-9.686,78	-20,21 %	10.500,00	12.793,75	2.293,75	21,85 %
dicembre	36.521,74	32.022,25	-4.499,49	-12,32 %	8.000,00	10.850,00	2.850,00	35,63 %
TOT. PARZ.	525.000,00	538.551,20	13.551,20	2,58 %	115.000,00	124.490,30	9.490,30	8,25 %

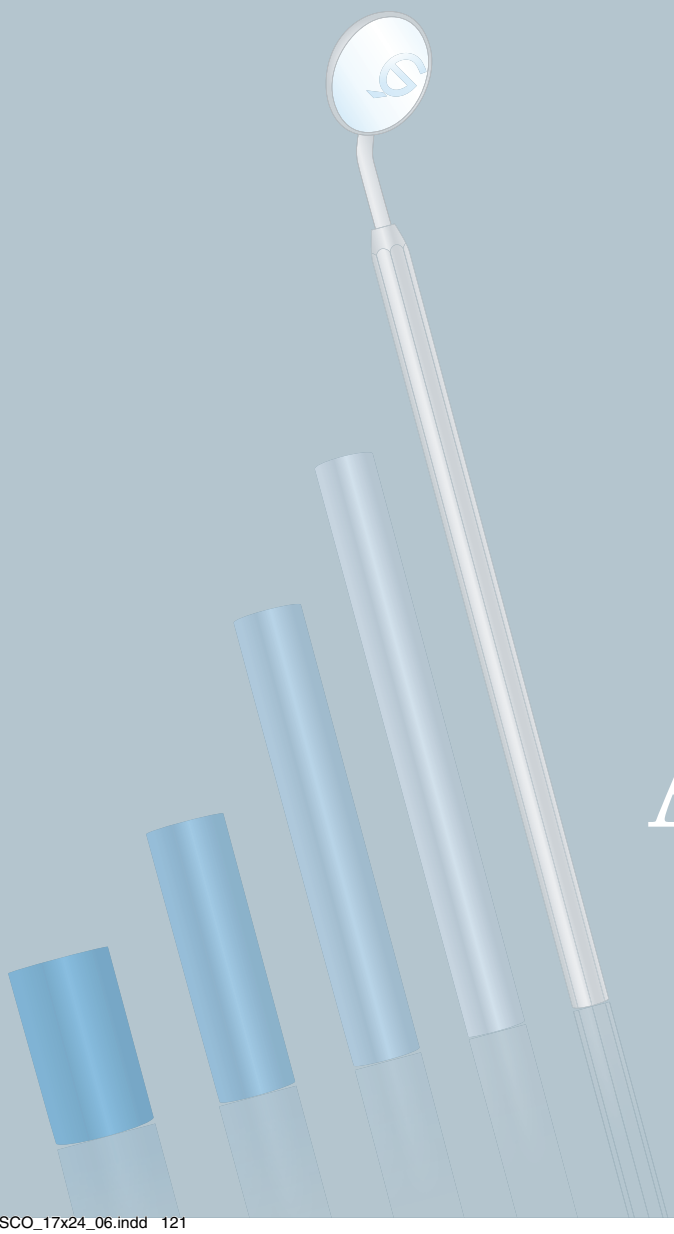
Tab. 6

ANNO (1)	produzione			CFR. TRA BUDGET E PRODUZIONE
	BUDGET	PROGRAMMATA	EFFETTIVA	SU BUDGET (%)
gennaio	47.304,35	67.265,10	59.578,95	125,95 %
febbraio	55.652,17	66.184,65	60.573,80	108,84 %
marzo	64.000,00	77.446,35	75.497,20	117,96 %
aprile	52.869,57	60.359,80	58.773,10	111,17 %
maggio	61.217,39	62.494,05	60.102,00	98,18 %
giugno	61.217,39	49.880,67	53.991,55	88,20 %
luglio	58.434,78	64.919,45	69.451,25	118,85 %
agosto	13.913,04	20.560,20	23.240,20	167,04 %
settembre	61.217,39	50.676,60	53.273,00	87,02 %
ottobre	61.217,39	57.016,45	56.693,95	92,61 %
novembre	58.434,78	50.899,75	51.041,75	87,35 %
dicembre	44.521,74	46.125,00	42.872,25	96,30 %
TOT.	640.000,00	673.828,07	665.089,00	103,92 %

budget	640.000,00
effettiva	665.089,00
differenza	25.089,00
differenza %	3,92 %

Tab. 7

TOSCO_17x24_06.indd 120 7-07-2010 14:36:29



Allegato

TOSCO_17x24_06.indd 121 7-07-2010 14:12:03

Meccanismi di valutazione e incentivazione delle risorse umane: i sistemi di incentivazione

La gestione del personale rappresenta sicuramente una delle variabili fondamentali per l'organizzazione dello Studio odontoiatrico come impresa.
L'acquisizione delle risorse umane, qualitativamente e quantitativamente idonee allo svolgimento dei compiti aziendali, e l'impiego delle stesse secondo criteri di efficacia e di efficienza, sono i primi obiettivi da raggiungere. Occorre inoltre tener conto delle aspettative (esigenze di soddisfazione e di sviluppo) di ciascun individuo, compatibilmente con la struttura organizzativa e con le capacità professionali di ogni soggetto coinvolto. Al crescere della complessità di una organizzazione(*) aumenta l'esigenza da parte della proprietà (medico) di delegare quote più importanti delle proprie responsabilità e del proprio lavoro per poter gestire al meglio la crescente realtà aziendale. Il settore clinico (a eccezione dell'igiene, che può essere delegato a un professionista specifico), rimane sempre di competenza del medico e, quindi, non delegabile. Ma tutta la parte amministrativa, o di gestione dei fornitori, e il rapporto con i consulenti (banche, commercialista ecc.) deve essere delegata a soggetti specifici per poter svolgere al meglio l'attività di medico.
In questo contesto si possono inserire meccanismi organizzativi quali quelli di incentivazione; il sistema delle ricompense e degli incentivi, noto anche come "premi produzione", è di fondamentale importanza per stimolare le persone a comportamenti compatibili con le esigenze e gli obiettivi aziendali. Nelle aziende, tali compensi possono essere non monetari (opportunità di carriera, benefici vari ecc.) oppure monetari. In quest'ultimo caso la retribuzione aggiuntiva deve essere allineata ai livelli di mercato e dotata di equità interna (retribuzione uniforme ai titolari di compiti o di responsabilità aventi lo stesso "valore")(**). In uno Studio odontoiatrico parlare di incentivi significa riconoscere un premio, di solito monetario, a fronte di un obiettivo raggiunto. L'incentivo monetario deve essere significativo in termini quantitativi per poter costituire uno stimolo adeguato e motivare il soggetto all'obiettivo prefissato; diversamente, rappresenta un complemento che incide poco sui comportamenti, non producendo i benefici attesi rispetto ai costi sostenuti e provocando, in talune situazioni, dei costi indotti.
Al di là della tipologia dei meccanismi di incentivazione adottati, è importante che lo Studio odontoiatrico sia dotato di tutti quei meccanismi di controllo (controllo di gestione) che permettono di monitorare costantemente l'andamento dello Studio anche in funzione degli incentivi stessi.
In pratica, deve poter conoscere istante per istante quanto dell'obiettivo prefissato si stia raggiungendo, oppure no, per poter eventualmente apportare i correttivi necessari (fase del controllo concomitante del controllo di gestione).
La monetizzazione dell'incentivo sarà dunque il frutto di una analisi fatta *ex-ante*, per avere ben chiaro qual è il punto di partenza e, di conseguenza, qual è il punto di arrivo (fase del controllo antecedente o budgeting del controllo

TOSCO_17x24_06.indd 122 7-07-2010 14:12:03

di gestione). Si parla, in questo caso, di un premio oggettivo, non discrezionale, formale, esplicito, che premia una persona a fronte di un risultato realmente raggiunto(***). Gli obiettivi da raggiungere possono essere espressi in termini di utile/redditività della prestazione, ottimizzazione dei tempi di lavoro e, quindi, di programmazione appuntamenti e, ancora, ottimizzazione del rapporto, sedute programmate e sedute effettive, ottimizzazione del rapporto incassato/prodotto, ottimizzazione dei costi (riduzione sprechi dei materiali clinici o dei costi di manutenzione delle attrezzature) ecc.
Tra le varie tipologie dei sistemi di incentivazione l'MBO (Management by Objectives) o DPO (Direzione per Obiettivi) potrebbe trovare applicazione nello Studio odontoiatrico.

Cos'è l'MBO

L'MBO è un sistema direzionale che richiede la partecipazione diretta dei soggetti coinvolti in questo sistema premiante in cui vi è una vera e propria fase di negoziazione degli obiettivi da raggiungere.
In pratica, l'obiettivo deve essere chiaro e accettato dai soggetti coinvolti e non semplicemente imposto come qualche cosa che "si deve fare".
Il cosiddetto "approccio partecipativo-negoziale" è importante se genera nei soggetti coinvolti un appagamento di bisogni di autonomia, stima, soddisfazione psicologica, poiché questo permette una migliore interiorizzazione degli obiettivi (migliore comprensione e maggiore validità degli stessi).

Scopo dell'MBO e vantaggi

Scopo dell'MBO è quello di realizzare una vera gestione per obiettivi anziché per compiti, consentire una valutazione su criteri oggettivi ed espliciti, istituire un sistema premiante legato a meccanismi di valutazione, migliorare l'efficacia della comunicazione nell'organizzazione dello Studio odontoiatrico, generare un lavoro di squadra in cui siano ben chiari ruoli e responsabilità.

Svantaggi dell'MBO e dei meccanismi di incentivazione in genere

I meccanismi di incentivazione possono trovare difficoltà di applicazione in uno Studio odontoiatrico se non si ha ben chiaro come e dove si possa migliorare e, di conseguenza, quali soggetti debbano o meno essere coinvolti nel sistema premiante. L'analisi di gestione dello Studio, unita a una valutazione dell'organizzazione in essere, è il punto di partenza per l'applicazione di qualsiasi sistema di incentivazione, in mancanza del quale il dispendio di tempo e di risorse risulterebbe eccessivo, e quindi un costo.
In più, oltre tutti i problemi riguardanti i parametri di controllo, vi sono anche quelli nel definire obiettivi realizzabili e che siano allo stesso tempo non troppo facili da raggiungere.
Inoltre, c'è il rischio che uno stile direzionale improntato su un sistema in-

TOSCO_17x24_06.indd 123 7-07-2010 14:12:03

centivante possa generare in taluni soggetti ansia e stress, ottenendo quindi l'effetto opposto a quello previsto.
Pertanto, la motivazione del personale, la chiarezza di ruoli e mansioni all'interno di una struttura organizzata, il controllo di gestione, sono alcuni dei tasselli organizzativi tra i quali il sistema di incentivazione deve inserirsi in maniera appropriata.
Dove ciò non accadesse, tale sistema diventerebbe un corpo estraneo all'organizzazione, pericoloso; in pratica, un meccanismo burocratico.

Alcuni esempi di applicazione dell'MBO in uno Studio odontoiatrico

OBIETTIVO: INCREMENTO DEL NUMERO DI SEDUTE DI IGIENE

		num. sett.	num. sedute. sett.		
	peso parametro			0,5	
	anno 1 (situaz. consolidata)	45	46	2080	
	anno 2 (obiettivo)	45	60	2700	
	prezzo seduta			€ 85,00	
	utile settore			33,45 %	
	ANNO 1	ANNO 2			
	situaz. consolidata	risultato conseguito			
	sedute annue	sedute annue	sedute sett.	increm. annuo	incentivo annuo
1	2.080	2.116	47,03	36	€ -
5	2.080	2.262	50,27	182	€ 130,50
10	2.080	2.445	54,33	365	€ 423,80
15	2.080	2.700	58,38	547	€ 935,38
20	2.080	2.809	62,43	729	€ 1.498,06

Sedute annue: 2.080
Obiettivo sedute annue: 2.700
Incentivo annuo minimo: € 130,50 con incremento di 182 sedute annue pari al 16 %
Incentivo annuo massimo: € 935,38 con incremento di sedute annue pari al 30 %

Tab. A

OBIETTIVO: CRESCITA DEL RAPPORTO PERCENTUALE TRA INCASSATO E PRODOTTO

	peso parametro	0,5			
	anno 1	93,00 %			
	anno 2	96,00 %			
	prod. anno 1	€ 450.000,00			
	prod. anno 2 (costante)	€ 450.000,00			
	ANNO 1	ANNO 2			
	situaz. consolidata	risultato conseguito			
	incid. dell'incas. su prod.	incid. dell'incas. su prod.	increm. assoluto	increm. % annuo	incentivo annuo
1	93,00 %	93,18 %	0,002	0,18 %	€ 0,00
5	93,00 %	93,88 %	0,009	0,88 %	€ 92,97
10	93,00 %	94,76 %	0,018	1,76 %	€ 488,54
15	93,00 %	95,65 %	0,026	2,65 %	€ 1.078,27
20	93,00 %	96,53 %	0,035	3,53 %	€ 1.726,89

Incassato/prodotto annuo: 93 %
Obiettivo incassato/prodotto/anno: 96 %
Incentivo annuo minimo: € 92,97 con risultato del 93,88 % dell'incassato/prodotto
Incentivo annuo massimo: € 1.700,00 con risultato del 96 % dell'incassato/prodotto

Tab. B

TOSCO_17x24_06.indd 124 7-07-2010 14:39:19

Di seguito viene riportato il grafico dell'andamento dell'incentivo rispetto all'obiettivo conseguito (si noti la crescita esponenziale del premio all'avvicinamento dell'obiettivo prefissato).

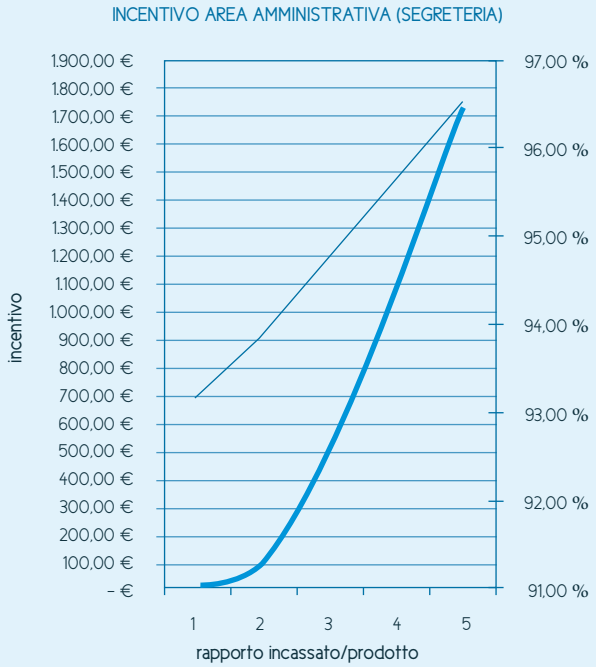


Grafico A

Note:

(*) In uno Studio odontoiatrico si traduce in aumento degli spazi operativi e quindi delle poltrone, aumento del personale clinico e di segreteria; di fatto, un aumento di pazienti e, quindi, del volume d'affari.

(**) Per determinare questo valore, le imprese utilizzano tecniche di valutazione delle mansioni conosciute come "job evaluation". Con tale tecnica ogni mansione viene analizzata, descritta, valutata e confrontata con le altre mansioni svolte in Azienda allo scopo di stabilirne il valore relativo.

(***) È pratica diffusa negli Studi odontoiatrici riconoscere un premio di tipo soggettivo e discrezionale. Il medico tende a premiare la fedeltà della persona, la sua disponibilità, le sue qualità in genere. Di solito il premio viene elargito una tantum, come riconoscimento per il lavoro svolto. In altri casi il premio riconosciuto è un premio costante e consolidato (una quota sull'incassato per la segretaria oppure una quota fissa sul numero delle prestazioni fatte dall'igienista, e altro ancora). Talvolta ciò si traduce in un vero e proprio costo per lo Studio odontoiatrico anche se apparentemente potrebbe sembrare un beneficio.

TOSCO_17x24_06.indd 125 7-07-2010 14:39:19

Note capitolo 06

1. I centri aziendali di responsabilità possono essere:
   - centri di costo con l'obiettivo di minimizzare i costi o un gruppo di costi;
   - centri di ricavo il cui obiettivo è la massimizzazione del ricavo (fatturato o produzione);
   - centri di profitto il cui obiettivo è la massimizzazione dell'utile.

2. Nello Studio odontoiatrico i singoli produttori, i settori clinici e i riuniti possono essere definiti "centri di ricavo" o "centri di produzione". Incentrare l'analisi su un centro piuttosto che un altro dipende sempre da ciò che il titolare dello Studio odontoiatrico ritiene importante e prioritario conoscere.
   L'analisi per produttore ha come obiettivo quello di conoscere produzione e produttività (rapporto tra produzione e costi di produzione) del produttore stesso. Questo consente al titolare di uno Studio di valutare meglio, ad esempio, la congruità dell'emolumento riconosciuto al collaboratore rispetto ai costi, alla produzione e ai tempi di produzione.
   L'analisi per area clinica ha come obiettivo la valutazione della redditività di settore, al fine di apportare eventuali modifiche o correttivi qualora fossero necessari, con l'obiettivo di migliorare la redditività stessa. Soluzioni di intervento possono riguardare il listino oppure i tempi di produzione (ottimizzazione tempi correlati alla prestazione) e, ancora, il costo dei fornitori strettamente correlati al settore come, ad esempio, gli odontotecnici per la protesi, materiali clinici specifici di settore e altro.
   L'analisi per riunito è utile per una corretta valutazione (sia antecedente sia susseguente) di un investimento in attrezzature e/o macchinari clinici oltre che, ad esempio, per la valutazione dell'indice di saturazione del tempo-poltrona.

3. Alcuni costi direttamente imputabili a una certa produzione (quindi diretti) possono non variare al variare della produzione stessa e non essere quindi dei costi variabili. Per esempio, considerando una produzione di conservativa (otturazione), il monouso (materiale di consumo - costo diretto) sostanzialmente non varia al variare della produzione (nel nostro caso numero di otturazioni eseguite), mentre il composito (materiale di consumo - costo diretto) varia in base al numero di otturazioni eseguite.

4. La suddivisione dei centri di costo, come per i centri di ricavo, può esser differente e personalizzata in base al tipo di analisi che si vuole fare. La classificazione presentata è un modello, pertanto integrabile e/o modificabile da altre voci specifiche.

5. L'utile/redditività parziale dice, in pratica, quanto rende un produttore, un macchinario o la singola prestazione (analisi analitica del listino prezzi).

6. In questa sede non si vogliono fornire modelli matematici di calcolo o di ripartizione costi. Si vuole, piuttosto, sottolineare che per poter disporre di informazioni gestionali idonee al processo di decisione aziendale, sono necessarie elaborazioni complesse che possono scaturire solo dall'utilizzo di dati contabili e non che un'azienda-Studio odontoiatrico dispone.

7. Il criterio economico non deve essere il solo da utilizzare nel processo decisionale, ma deve essere supportato da valutazioni anche non economiche (o non facilmente determinabili dal punto di vista economico).
   Molti titolari di Studi odontoiatrici, ad esempio, delegano o lasciano

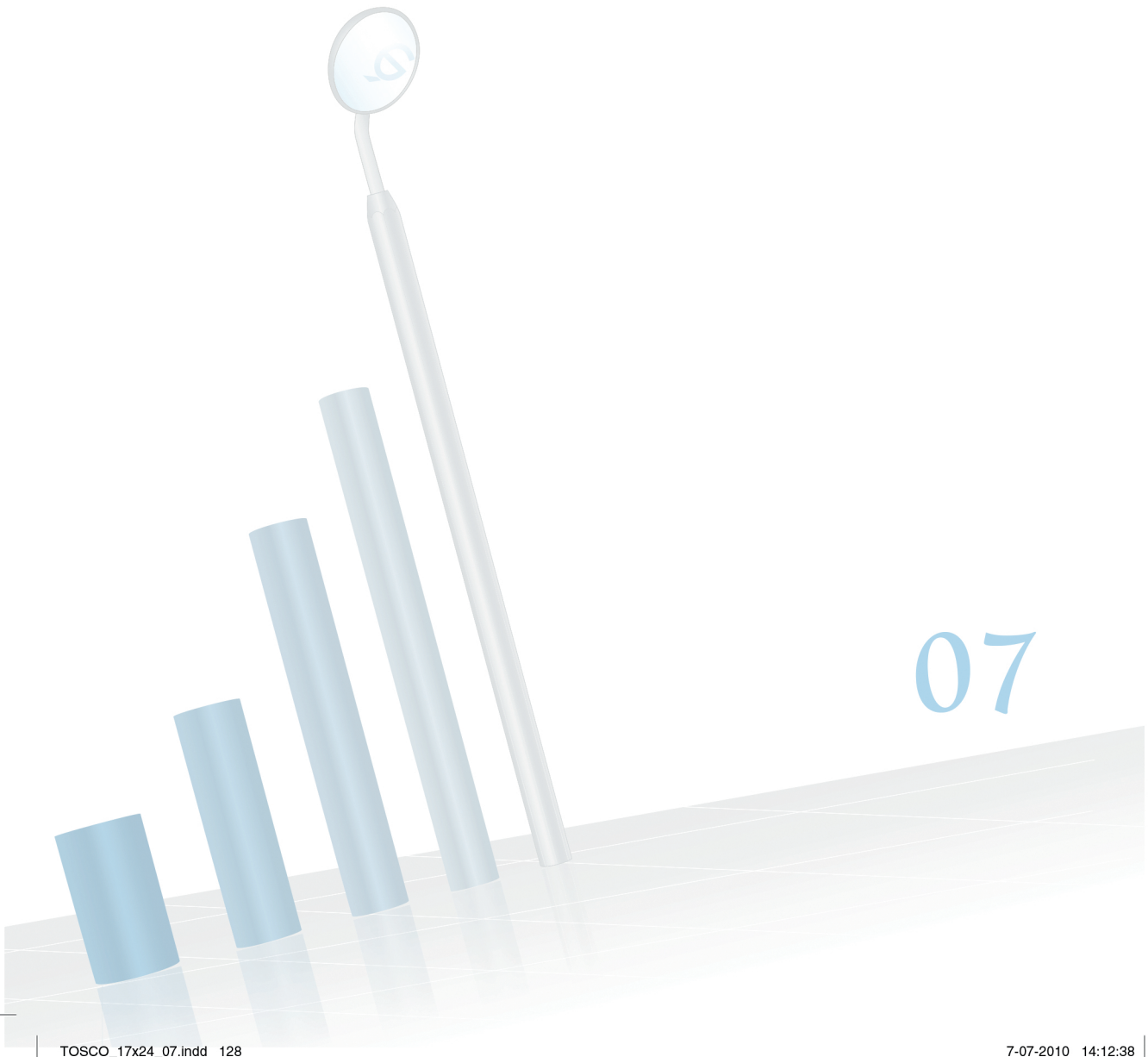
TOSCO_17x24_06.indd 126 7-07-2010 14:12:03

Note capitolo 06

la gestione di un intero settore (in particolare quello ortodontico) a un collaboratore, il quale saltuariamente (di solito 3-4 volte al mese) eroga prestazioni ai pazienti ricevendo un compenso (una percentuale sull'incassato o sul prodotto).
In alcuni casi, la valutazione della produttività del collaboratore potrebbe risultare economicamente poco conveniente (basso margine o guadagno) o addirittura non conveniente (perdita) per il titolare di Studio.
Tuttavia, poter offrire e soddisfare, da un punto di vista clinico, la domanda di una clientela attenta ed esigente, prescinde dalla valutazione economica e può risultare strategicamente vincente in un'ottica di breve e di medio periodo (si pensi alla produzione indotta dal settore ortodontico quale l'igiene ai bimbi, bimbi che da adulti rimarranno nel portfolio clienti dello Studio).

TOSCO_17x24_06.indd 127 7-07-2010 14:12:03

Produzione e analisi dei dati: momenti successivi nel Controllo di Gestione



07

TOSCO_17x24_07.indd 128 7-07-2010 14:12:38

Nei capitoli precedenti ci siamo posti l'obiettivo di affrontare l'andamento della produzione all'interno dell'azienda odontoiatrica e di descriverne, seppure talvolta per cenni, la sequenza per processi e procedure.
Si è cercato anche di osservare le risorse umane addette alla produzione, sia nelle componenti cliniche (medici odontoiatri e igienisti) sia in quelle metacliniche: l'assistente alla produzione, alla reception e alla gestione/controllo dell'amministrazione.
Si è maggiormente approfondito l'argomento dell'organizzazione della segreteria, è stata toccata la questione del marketing specifico interno allo Studio odontoiatrico, si è fatto appena un cenno all'importante questione della cosiddetta "comunicazione input-input e input-output".
Si è dato naturalmente per scontato che esistesse un supporto informatico con cui registrare dei dati di input da utilizzare per averne altri di output.
Lo strumento informatico è stato assunto come veicolo per fare delle azioni e archiviare delle informazioni variamente articolate, da molti descritte come "statistiche", che permettono alla proprietà e/o ai consulenti (ad esempio a quello fiscale) di avere una serie di segnalazioni, in genere delle percentuali.
In ogni caso, la linea guida che sottende a tutte le argomentazioni è che i dati ottenuti dovrebbero portare all'affermazione che «si conosce l'andamento aziendale».
Non si è tuttavia preso in considerazione il rapporto esistente tra la produzione e l'elaborazione dei dati scaturiti dai numeri ottenuti, quasi sempre per accorpamenti, e l'analisi dei dati stessi.
Per precisare che cosa si intenda per "analisi dei dati", proverò a chiarire con un esempio.
Una radiografia della bocca può essere messa davanti a due persone: una è il dentista e l'altra è il paziente.
Al medico, che sa leggere e interpretare il risultato, la radiografia dice molte cose, così tante che gli permette di individuare l'eventuale patologia e formulare di conseguenza la diagnosi per intervenire.
Al paziente, lo stesso documento non dice niente.
Tanto che il medico, quando fa una radiografia della bocca del paziente o lo invia a farla presso un centro specializzato, non si sogna di passare la tavola all'interessato dicendogli di guardarsela e poi di farsi la diagnosi. Chiede invece di tornare con il materiale perché lui, il clinico, possa guardare, valutare e stabilire come procedere.
La realtà contemporanea dei professionisti tende a vedere distinti in modo netto i momenti del rilevamento dei dati, quello dell'analisi dei dati, quello dell'uso dei dati per le azioni concrete di intervento. Specialmente in ambito clinico, la separazione dei momenti è nettissima. C'è il prelievo del materiale da esaminare, l'invio al laboratorio di analisi, il ritorno dei risultati per la

TOSCO_17x24_07.indd 129 7-07-2010 14:12:38

conseguente procedura operativa. Ma lo stesso metodo vale ormai per quasi tutti i campi professionali.
Nessun costruttore serio di fabbricati procede senza disporre dell'analisi dei materiali. Si fanno i carotaggi per le valutazioni in casi di crolli o di ristrutturazioni. Si fanno da sempre le analisi dei dati per interventi nell'ambito sociale, con la proliferazione di società di ricerca che rilevano i dati[1] e altre che li analizzano, oltre a specialisti di varie materie che producono quantità di analisi muovendo dai dati di cui già si dispone o che si vanno a rilevare *ad hoc*.
Lo stesso discorso vale naturalmente per l'ambito economico dove è indispensabile operare analisi sui dati proprio con il fine di riuscire a fornire, a chi deve operare – vuoi sul piano nazionale vuoi sul settore produttivo o nella singola azienda – gli strumenti per elaborare strategie di intervento. Se le analisi non esistono, è come se si navigasse in mare aperto senza bussola: si possono provocare danni molto gravi.
Un settore economico in crisi o un'azienda che deve ridimensionare gli obiettivi che si è data hanno come diretta conseguenza la perdita di posti di lavoro, di disponibilità alla spesa e al consumo, di insicurezza diffusa, di offuscamento delle prospettive future.
Nello specifico di una azienda, l'assenza di analisi dei risultati è, di fatto, come chiudere gli occhi e mettersi nelle mani di Dio. Ma bisogna essere molto religiosi e sperare che Dio si occupi di te. In altri termini: non è un comportamento serio e nessuno lo fa.

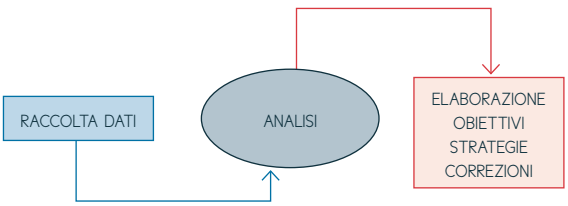


Fig. 1

Per l'azienda odontoiatrica è invece raro vedere una situazione in cui i dati vengono analizzati al fine di stabilire gli obiettivi da raggiungere e successivamente formulare procedure di controllo per seguire step by step il *work in progress*.
È strano questo modo di agire, perché è antitetico all'atteggiamento professionale quotidiano. Nessun dentista, a un paziente che si presenta lamentando un problema orale, penserebbe di dire: «Speriamo che le passi!». Farebbe invece accomodare il cliente, lo ascolterebbe, lo visiterebbe, consiglierebbe delle analisi per meglio comprendere la situazione e, alla fine, esprimerebbe il suo parere.

TOSCO_17x24_07.indd 130 7-07-2010 14:12:38

Ciò non esclude che alla fine il tutto si risolva con la dichiarazione di inesistenza di patologie e si possa far risalire il fastidio a una situazione momentanea causata da un colpo di freddo. Ma il metodo è comunque quello di rilevare, analizzare e poi esprimere una diagnosi.
Quando invece il dentista si pone di fronte alla sua azienda sembra subire uno sdoppiamento di personalità. Il metodo scientifico applicato fino a quel momento viene rimosso e sostituito dal principio di approssimazione.
Questo si nota a partire dai dati che si raccolgono o che si ritiene importante conoscere. Si vuole assolutamente sapere quanti impianti si sono applicati (dato di base) e quale percentuale rappresentano sul totale delle prestazioni fornite (già più raffinato).
E poi magari non si sa quanti pazienti, al momento, possono essere ritenuti pazienti attivi (cioè che producono reddito), come sono distribuiti tra maschi e femmine, come sono distribuiti per fasce di età.
Quale è la distribuzione della scolarità, come si distribuiscono le professioni tra i pazienti, nelle visite quanti sono i pazienti nuovi (cioè mai visti) e quanti ritornano dopo aver ricevuto precedentemente delle cure.
Solo raramente si conoscono i tassi di mancata produzione dovuti ad assenze, difficilmente si conosce il delta tra la produzione erogata e i corrispondenti flussi finanziari in entrata.
Quasi mai gli emolumenti ai collaboratori clinici e alle igieniste sono sostenuti da una preventiva analisi dei costi che l'azienda deve sostenere per erogare la prestazione. E, conseguentemente, non si procede alla verifica della produttività dei collaboratori e, quindi, di quanto rendono i collaboratori all'azienda.
Difficilmente si procede alla verifica e alla raccolta dei dati sulle motivazioni che spingono un paziente a non accettare un preventivo. In questi casi ci si accontenta di darsi la risposta che «è per motivi economici!». Ma la risposta è semplicistica.
A parte il fatto che se è davvero per motivi economici, chi ha disegnato la terapia ha sbagliato il suo intervento, poiché doveva conoscere a monte almeno l'approssimativa possibilità economica dell'interlocutore, in modo da sottoporgli la massima qualità possibile e non quella teorica, altrimenti ha lavorato sapendo in origine di non avere possibilità di riuscita.
Rimane comunque il serio dubbio sulla veridicità della motivazione economica per la mancata accettazione, soprattutto nel caso di vecchi pazienti. I motivi possono essere altri, ad esempio il trasmettere l'impressione di aver fretta, il doversi dedicare a qualcosa di più importante, il non motivare a sufficienza e con linguaggio adeguato la necessità della cura, l'ostinarsi a fornire la motivazione o a discutere di questioni economiche con il paziente sdraiato o seduto sulla poltrona in posizione fastidiosa e

TOSCO_17x24_07.indd 131 7-07-2010 14:12:38

di soggettiva inferiorità psicologica, e altri ancora.
Muoversi su impressioni non è serio quando si possiede un'azienda.
Il dentista non lo farebbe mai nella sua professionalità specifica. Non lo deve fare nemmeno rispetto alla sua azienda, perché è da essa che ricava il suo reddito e quello delle persone che ha coinvolto perché lavorino con lui. E poi, in generale, perché un'azienda non si conduce così.
In alcuni casi – soprattutto quelli in cui si dispone di un supporto informatico – il titolare tende ad essere tranquillo perché «i dati io li ho, me li fornisce il programma».
Ammesso che si tratti di un programma serio che funziona bene (e che i dati vengano sempre inseriti da personale dedicato e formato adeguatamente, e non da un operatore che, tra le tante cose da fare, deve provvedere anche ad aggiornare i dati, e che quindi si possa essere tranquilli sui risultati di sintesi che si ricavano), siamo solo alla prima fase del processo, cioè in quello del rilevamento dei dati. Adesso bisogna leggerli e formulare, in base ad essi, delle strategie o apportare delle correzioni di rotta per raggiungere gli obiettivi prefissati.
Per tornare alla metafora iniziale, siamo solo al momento in cui abbiamo tra le mani la lastra della radiografia. Adesso bisogna guardarla e capire che cosa dice per formulare diagnosi e terapia.
Il clinico dentista ha gli strumenti per fare l'analista aziendale?
Credo di no, perché siamo in un campo lontano da ciò che ha studiato per anni, che approfondisce quotidianamente e che arricchisce ogni giorno con l'esperienza che acquisisce.
L'analista aziendale ha condotto altri studi altrettanto lunghi e seri, che vengono approfonditi quotidianamente e che si arricchiscono ogni giorno con l'esperienza acquisita.
È opportuno che segua conferenze per diventarlo?
Anche qui, credo di no, e per due motivi:

- è uno specialista delle malattie orali e, oltre a praticare la sua specializzazione, è più utile che indirizzi le restanti risorse di tempo e di energie ad essa. Tanto non potrà mai, per quanto si sforzi, raggiungere una formazione di alto livello per praticare il mestiere di analista aziendale. Molto semplicemente, perché vuole altro e ha studiato per fare altro;
- nessun titolare di azienda, come nessuna persona in generale, è in grado di applicarsi con oggettività all'analisi distaccata della propria realtà. È necessario che lo faccia qualcuno dall'esterno in cui ripone fiducia e a cui delega questa funzione. Anche un medico non si cura da solo, ma va dal collega di fiducia come un qualunque altro paziente che non sia un dottore.

TOSCO_17x24_07.indd 132 7-07-2010 14:12:38

A volte si tende a delegare questa funzione al consulente fiscale, più genericamente denominato commercialista.
Occorre stare attenti a non confondere le professioni. L'ottica da cui si pone questo professionista è quella fiscale: quella di ottimizzare la situazione economico-finanziaria dell'azienda rispetto agli oneri fiscali che la normativa vigente prevede. Altro è l'analista aziendale, il quale si pone, invece, nell'ottica di ottimizzare gli obiettivi economici e di programmare le risorse a disposizione (i bisogni, le aspettative, le risorse umane, gli investimenti, le richieste di mercato) per il loro raggiungimento e il successivo sviluppo. Naturalmente è doverosa la collaborazione tra di loro per allineare le strategie, ma il metodo e gli strumenti utilizzati sono diversi, ancorché sinergici.

Naturalmente da questa azione dell'analista aziendale, il titolare non si può estraniare. La sua partecipazione è indispensabile, anche qui per almeno due motivi:

- per discutere il risultato dell'analisi e pianificarne l'applicazione successiva nell'azione quotidiana, al fine di disegnare gli obiettivi strategici e mettere a punto le verifiche step by step volte a tenere sotto controllo l'avanzamento di quanto stabilito;
- per appropriarsi del metodo di lettura dell'andamento della propria azienda, in modo da operare sempre meno in base a impressioni e sempre più sulla lettura dei dati di sintesi che emergono dalla rilevazione continua e precisa.

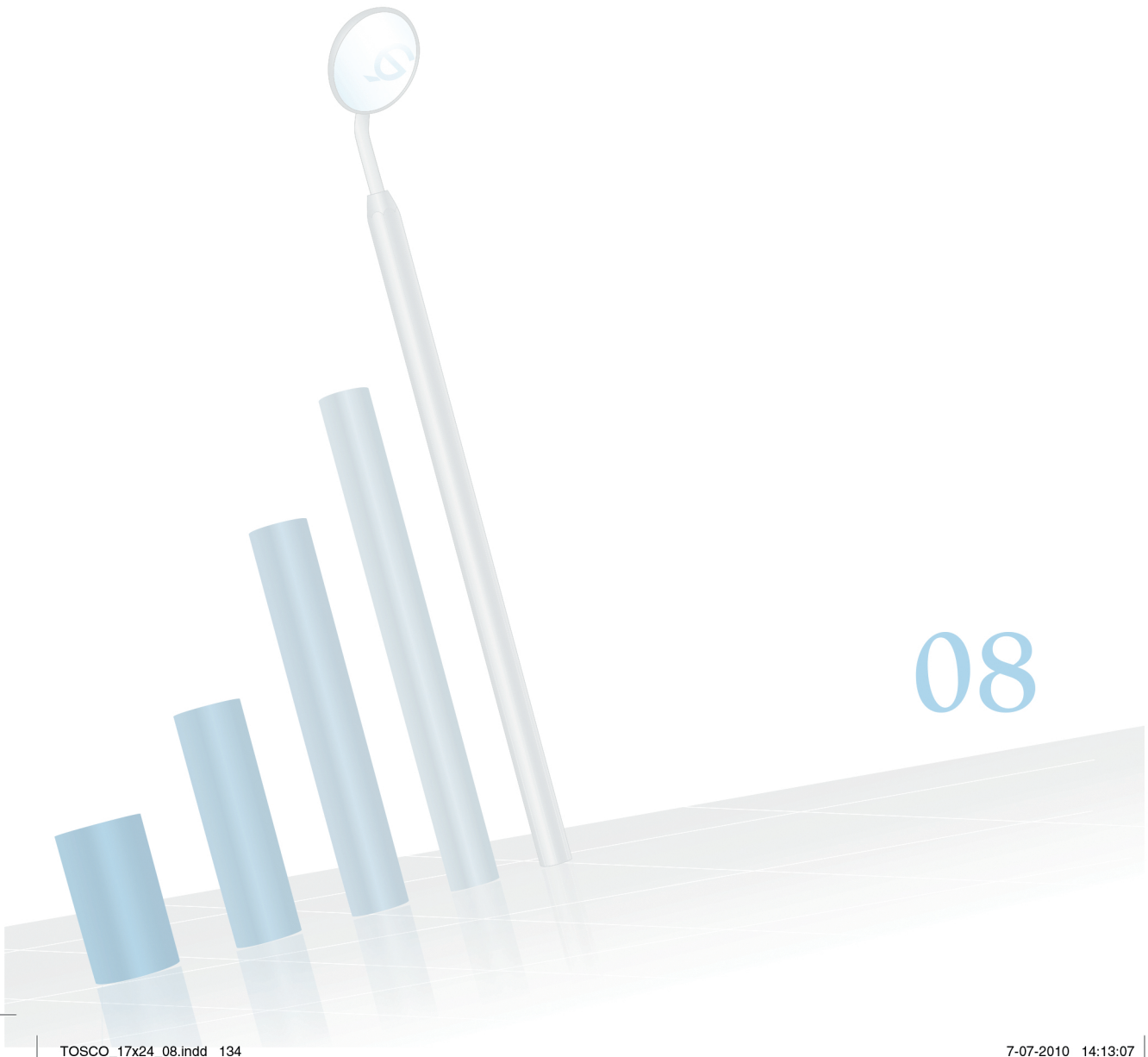
Le aziende che operano bene nel mondo occidentale contemporaneo e che vogliono diventare e/o rimanere competitive sul mercato seguono ormai da tempo questo metodo.
Credo che anche nell'ambito della realtà odontoiatrica, prima di andare a costruire patenti di certificazione europea, occorra conoscere bene che cosa si va a certificare.
La qualità passa necessariamente attraverso il controllo di gestione, che pone alla base l'analisi corretta e approfondita dei dati sui risultati aziendali.

Note capitolo 07

1. Basti pensare all'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), all'EURISPES, alla Demoskopea, al CENSIS ecc.

TOSCO_17x24_07.indd 133 7-07-2010 14:12:38

L'azienda odontoiatrica e l'analisi finanziaria



08

1. Che cos'è l'analisi finanziaria

Lo Studio odontoiatrico: servizio, impresa, azienda.
Il concetto, già affrontato in precedenti capitoli di quest'area d'informazione, porta a considerare un aspetto della vita di ogni azienda che riveste rilevanza fondamentale nell'analisi degli andamenti e dei risultati di qualunque attività economica.
Si parla, cioè, dell'analisi finanziaria.
In termini sintetici e schematici, si può dire che l'analisi finanziaria è quella che permette, alla sua conclusione, di affermare che l'attività aziendale, o la propria attività professionale, hanno un risultato economico concreto, positivo o negativo che sia, ma misurabile con parametri e strumenti certi.
Gli strumenti di base per attivare l'analisi finanziaria sono:

- il conto corrente bancario dello Studio;
- il conto corrente personale;
- il miglioramento o il peggioramento del tenore di vita che viene ritenuto adeguato al proprio standard di professionista nel campo della medicina e della salute;
- la variazione in genere al proprio patrimonio.

Fin qui, nulla di nuovo.
Il "vecchio" medico dentista ragionava già così nei tempi andati, in cui si "apriva il cassetto" alla fine della giornata. La liquidità presente in cassa evidenziava concretamente il risultato del lavoro, giorno dopo giorno, secondo i parametri sopra elencati.
Perché cambiare? Il risultato finanziario non è un dato, un valore che ha lo stesso peso in qualunque tempo? Certo che sì, ma oggi non è più lo stesso tempo del "vecchio" medico dentista.
Sono cambiati, innanzitutto, il contesto economico generale e quello particolare del territorio in cui si opera, sia esso collocato in una grande città o piuttosto in un centro di minori dimensioni.
È cambiato il rapporto con il cliente che, pur rimanendo di carattere sanitario come nel passato, manifesta esigenze più sofisticate, sia per il progresso della tecnica, con macchinari più sicuri e tecnologicamente più avanzati, sia per il generale innalzamento del livello culturale e di conoscenze della gran parte degli utenti e, non ultimo, per le nuove richieste di prestazioni a livello estetico richieste al professionista odontoiatra.
Il servizio odontoiatrico, come per gli altri servizi alla persona, è analizzato e valutato dai clienti con schemi nuovi, legati alla qualità dell'offerta e al rapporto costo/risultato del servizio.
È inoltre cambiata, estendendosi, la diffusione del servizio odontoiatrico sul territorio ed è così emersa la "concorrenza".
È cambiata, infine, la struttura fiscale.

TOSCO_17x24_08.indd 135 7-07-2010 14:13:07

Tutti questi elementi comportano di conseguenza la necessità di avere nuovi ed efficaci strumenti di analisi della propria attività professionale e imprenditoriale.
Sono stati osservati in precedenza gli aspetti organizzativi e la metodologia del controllo di gestione. L'analisi finanziaria è il naturale corollario dell'attività di controllo di gestione.
Molti criteri e sistemi di analisi utilizzati per il controllo di gestione sono, di per sé, parametri utili all'analisi finanziaria, data la stretta correlazione tra produzione e incassi e tra costi e uscite.
L'analisi finanziaria permette di valutare da diversi punti di vista e da diversa angolatura se l'attività economica e i suoi risultati sono corretti, coerenti ed equilibrati con i risultati evidenziati dal controllo di gestione.
Il primo parametro da analizzare, indicato e utilizzato nel controllo di gestione, è quello del rapporto percentuale tra incassato e prodotto. Infatti, esso ci dà l'immediata indicazione sulla capacità della segreteria di incassare, ovvero ci dice se la differenza (livello di sofferenza finanziaria) tra incassato e prodotto, rientra in un range fisiologico per uno Studio odontoiatrico o se invece non stia finanziando eccessivamente le cure dei pazienti.
La Tab. 1 è una esemplificazione del report presentabile per l'analisi del rapporto tra prodotto e incassato.

Tab. 1

Mese	Produzione	Incassato	Scarto assoluto	Scarto %
Gennaio	10.000,00	9.500,00	-500,00	-5,0 %
Febbraio	9.400,00	8.500,00	-900,00	-9,6 %
Marzo	12.500,00	10.500,00	-2.000,00	-16,0 %
Aprile	9.000,00	9.500,00	+500,00	+5,5 %
TOT	40.900,00	38.000,00	-2.900,00	-7,1 %

Il report visualizza immediatamente il trend di incasso e permette di valutare, come già detto, la capacità della segreteria di incassare. Esso però può dare altre interessanti e utili informazioni.
In particolare, correlando i pagamenti relativi ai costi diretti sostenuti per il livello di produzione raggiunto (materiali clinici, oneri per il personale ecc.), si può valutare quanto siano compatibili con gli incassi per i servizi prestati. Il disallineamento temporale tra pagamenti e incassi rischia, infatti, di innalzare l'indebitamento verso le banche a livelli superiori al dato fisiologico[1] (con conseguente aumento degli oneri finanziari sugli scoperti di conto o sugli affidamenti).
Tale disequilibrio può rendere inoltre difficoltoso il rapporto con i fornitori, sia per mantenerne la garanzia su tempi e qualità dei futuri approvvigiona-

TOSCO_17x24_08.indd 136 7-07-2010 14:13:08

menti sia per la possibile perdita di particolari condizioni di fornitura.
Non ultimo, è da tenere in conto che il valore dell'incassato – sbilanciato negativamente rispetto alla produzione – comporta una minore disponibilità finanziaria per il medico, che si trova a rinunciare temporaneamente a parte del reddito atteso, con ovvia ricaduta sul proprio livello di vita presente e magari anche futuro.
Qual è, di conseguenza, il valore percentuale accettabile di delta tra incassato e prodotto?
Occorre premettere che non è possibile esprimere una formula univoca, valida per tutti i casi, poiché ogni Studio ha sue peculiarità organizzative, il suo tipo di rapporto con i pazienti e il suo target (che dispone di un particolare potenziale economico).
Tuttavia, un valore indicativo medio non deve scostarsi di molto da una percentuale oscillante tra il 5% e il 6%. Un delta superiore segnala che è necessario intervenire con rapidità e professionalità sulle risorse umane che si occupano del versante finanziario, in modo particolare sulla segreteria.
Il documento fin qui esaminato, di cui alla Tab. 1, è lo stesso utilizzato per l'attività di controllo di gestione.

2. Analisi del conto corrente bancario

Esiste poi un altro documento di uso comune che espone il valore oggettivo e normale della situazione finanziaria ed è il conto corrente bancario.
Il saldo del conto corrente bancario è un valore immediato di valutazione dell'andamento finanziario dello Studio, se rapportato al valore del saldo iniziale del periodo.
La Tab. 2 è un report che espone i saldi rilevati e riportati dall'estratto conto periodico (in questo caso mensile) della banca.

Data	Saldo c/c	Saldo movimenti
01/01/2004	10.000,00	
31/01/2004	8.000,00	-2.000,00
29/02/2004	8.500,00	500,00
31/03/2004	12.300,00	3.800,00
30/04/2004	5.700,00	-6.600,00
31/05/2004	3.300,00	-2.400,00
30/06/2004	-1.300,00	-4.600,00
31/07/2004	+1.000,00	+5.600,00
		-9.000,00

Tab. 2

TOSCO_17x24_08.indd 137 7-07-2010 14:13:08

La lettura e l'analisi del report evidenziano una situazione finanziaria del conto corrente che può essere definita critica, ma non drammatica. Il saldo finale esposto (+1.000,00 €) è un valore ancora positivo e, visti i saldi dei singoli periodi mensili, non sembrerebbe così difficoltoso ottenere il ritorno al miglioramento del saldo attivo.
Tuttavia, non è da sottovalutare una certa persistenza alla riduzione del saldo, ampiamente positivo all'inizio del periodo.
Vedremo in seguito quali azioni di analisi e successivi interventi, anche a fronte di altre situazioni ben più serie, sarà opportuno attivare.
Vediamo ora un altro esempio (Tab. 3), che presenta una situazione assai diversa e fortemente negativa.

Data	Saldo c/c	Saldo movimenti
01/01/2004	–9.000,00	
31/01/2004	–9.800,00	–800,00
29/02/2004	–9.500,00	+300,00
31/03/2004	–9.950,00	–450,00
30/04/2004	–8.500,00	+1.450,00
31/05/2004	–7.900,00	+600,00
30/06/2004	–9.500,00	–1.600,00
		–500,00

Tab. 3

Questo report segnala una situazione di conto corrente costantemente negativa e che può condurre all'utilizzo del conto corrente al limite del fido disponibile (ipotizzato in questo esempio a un valore di 10.000,00 €).
È del tutto chiaro che i dati evidenziano pesanti difficoltà a gestire la liquidità bancaria, con una prima conseguenza immediata, data dall'incidenza che gli oneri finanziari generano sullo stesso saldo bancario e sul risultato di gestione dello Studio.
Conoscere l'andamento negativo del conto corrente può essere utile per fornire eventuali spiegazioni alla banca, interessata a capire l'andamento a breve e medio termine dell'attività dello Studio, soprattutto nel caso in cui si crei la condizione, per un certo periodo, di dover operare al limite il fido concesso oppure di doverlo momentaneamente superare.
L'analisi finanziaria non può limitarsi alla verifica del saldo, sia nel caso di saldi normali come nella Tab. 2, sia nel caso esposto nella Tab. 3 di una situazione fortemente negativa.
L'analisi finanziaria deve approfondire e scorporare la composizione dei movimenti e analizzare le motivazioni che hanno portato eventualmente a una costante riduzione della disponibilità bancaria. L'analisi dell'andamen-

TOSCO_17x24_08.indd 138 7-07-2010 14:13:08

to finanziario del conto bancario deve quindi evidenziare quali voci hanno movimentato il conto.
In molti Studi professionali, il conto corrente bancario viene utilizzato principalmente per l'attività dello Studio, ma in vari casi transitano sullo stesso conto anche movimenti di interesse personale del professionista titolare.
Ignorando volutamente, in questo contesto, l'attività che dovrà svolgere il consulente fiscale per definire correttamente le partite da inserire nella contabilità ai fini fiscali, il compito dell'analisi finanziaria è innanzitutto quello di individuare le partite di competenza dello Studio e quelle di competenza del titolare.
La ragione di tale suddivisione è per individuare se la diminuzione della disponibilità bancaria è conseguenza, in modo significativo, del deficitario rapporto tra incassi e produzione, oppure se la causa può essere attribuita alle spese personali del titolare, che possono incidere per valori eccessivi, sul totale dei movimenti bancari, rispetto alle disponibilità create dall'attività professionale.
In sintesi, una situazione negativa potrebbe evidenziare il fatto che si vive al di sopra delle capacità di creare reddito dalla connessa attività professionale. Proviamo a tradurre graficamente lo scorporo dei movimenti che hanno interessato il conto corrente, utilizzando la Tab. 3 dove si evidenziava la situazione di conto corrente più negativa.
Partendo dal saldo del conto corrente e dall'andamento dei movimenti mensili si separano, nel totale "saldo movimenti", le voci di competenza dello studio da quelle di competenza del titolare (Cfr. Tab. 4).

Data	Saldo c/c	Saldo movimenti	Movimenti Studio	Movim. titolare
01/01/2004	-9.000,00			
31/01/2004	-9.800,00	-800,00	-700,00	-100,00
29/02/2004	-9.500,00	+300,00	+500,00	-200,00
31/03/2004	-9.950,00	-450,00	-400,00	-50,00
30/04/2004	-8.500,00	+1.450,00	+1.600,00	-150,00
31/05/2004	-7.900,00	+600,00	+700,00	-100,00
30/06/2004	-9.500,00	-1.600,00	-1.400,00	-200,00
		-500,00	+300,00	-800,00

Tab. 4

La tabella ci presenta:

- un saldo di conto corrente persistentemente negativo;
- un andamento dei movimenti mensili altalenante, con saldi in negativo e in positivo, ma non nei volumi necessari a recuperare il saldo negativo;

TOSCO_17x24_08.indd 139 7-07-2010 14:13:08

- il peso dei movimenti di competenza dello Studio è sostanzialmente positivo, anche se per valori non sufficienti al riequilibrio finanziario;
- per contro le spese di competenza del titolare incidono significativamente sulla condizione deficitaria del conto anzi, nel caso esemplificato, ne sono la causa fondamentale.

Questa situazione è paragonabile a quella di una società che decidesse di distribuire ai soci un riparto dell'utile per un valore superiore al risultato ottenuto o, peggio, alla distribuzione di un utile in presenza di una perdita di bilancio.
È del tutto evidente che una siffatta situazione non può sopravvivere a lungo. Se il conto fosse negativo a causa dell'attività dello Studio, sarebbe necessario un intervento rapido e qualificato sull'organizzazione, sul livello e sulla struttura dei costi aziendali.
La condizione negativa del conto corrente generata da un eccessivo utilizzo personale, impone interventi volti a riequilibrare il risultato aziendale con le necessità personali.
Non è intenzione, ovviamente, di imporre scelte che sono di totale ed esclusiva competenza del titolare. È obiettivamente necessario, però, che siano evidenti ed esplicite le cause dei risultati negativi maturati, ed è altrettanto necessario indicare soluzioni opportune e possibili.
Nel caso specifico, è ovvio e conseguenza promuovere azioni finanziarie che riducano il peso dell'incidenza delle spese personali sul conto.
Il report per le spese personali può essere più dettagliato nelle voci di spesa. Normalmente si rileva che sul conto corrente dello Studio vengono attivate voci di spesa relative:

- alle carte di credito personali del professionista;
- alle spese per acquisto e mantenimento dell'autovettura;
- a premi di assicurazione per polizze personali del professionista;
- a versamenti per fondi di accumulo di risparmio;
- allo "stipendio" mensile ripetitivo, scelto come quota di riconoscimento ordinario per la propria attività lavorativa;
- a spese famigliari di particolare rilevanza;
- altre individuabili per singole situazioni.

La riduzione dell'eventuale "stipendio" mensile girato dal conto Studio al conto personale e/o la riduzione di altre tra le spese citate possono diventare operazioni necessarie e ineludibili. Un professionista deve pertanto conoscere la situazione finanziaria per poter intervenire sui vari livelli, compreso il tenore di vita personale, qualora ciò risulti necessario al mantenimento o allo sviluppo dell'attività professionale.

TOSCO_17x24_08.indd 140 7-07-2010 14:13:08

Proviamo ora ad analizzare una situazione di conto corrente bancario positivo (Cfr. Tab. 5).

Data	Saldo c/c	Saldo movimenti
01/01/2004	+10.000,00	
31/01/2004	+12.000,00	+2.000,00
29/02/2004	+13.000,00	+1.000,00
31/03/2004	+10.700,00	-2.300,00
30/04/2004	+9.900,00	-800,00
31/05/2004	+10.300,00	+400,00
30/06/2004	+10.450,00	+150,00
		+450,00

Tab. 5

La situazione è opposta alla precedente. I saldi del conto corrente bancario, pur con qualche periodica riduzione, sono sempre in positivo.
Il risultato dà tranquillità poiché evidenzia un buon andamento dell'attività dello Studio e garantisce l'atteso livello di ritorno economico.
Tuttavia, potrebbe anche trattarsi di una disponibilità finanziaria non investita nell'attività professionale, in attesa di migliori performance future.
In tal caso, occorre ricordare che gli interessi bancari su un saldo positivo di conto corrente sono così irrisori che, a fronte di spese di investimento per le quali potrebbe essere necessario indebitarsi a tassi sicuramente più elevati, una gestione tendente a mantenere, come imperativo prioritario, un saldo positivo potrebbe rivelarsi un boomerang per la stessa attività professionale.

3. La gestione della cassa

Un ulteriore compito dell'attività di analisi finanziaria consiste nel controllo della movimentazione di cassa.
La gestione della cassa è importante. È un livello di gestione demandata alla segreteria. Il titolare deve pertanto riconoscere a quest'ultima un livello di fiducia elevato.
La verifica della correlazione dei movimenti di cassa, in entrata e in uscita, con i movimenti bancari è il metodo di controllo necessario per verificare la correttezza della tenuta delle registrazioni finanziarie di cassa.
Il saldo di cassa deve essere di un valore corretto e congruo con le eventuali esigenze di pagamento per contanti che lo studio deve sopportare nel breve periodo (Cfr. Tab. 6).

TOSCO_17x24_08.indd 141 7-07-2010 14:13:08

Data	Entrate	Uscite	Saldo giorno	Saldo progress.
07 gen	700,00	100,00	600,00	600,00
08 gen	550,00	490,00	60,00	660,00
09 gen	1.200,00	50,00	1.150,00	1.810,00
10 gen	725,00	200,00	525,00	2.335,00
11 gen	3.000,00	250,00	2.750,00	5.085,00
14 gen	1.150,00	75,00	1.075,00	6.160,00
15 gen	320,00	120,00	200,00	6.360,00
16 gen	490,00	550,00	-60,00	6.300,00
17 gen	1.375,00	325,00	1.050,00	7.350,00
18 gen	500,00	100,00	400,00	7.750,00
21 gen	375,00	150,00	225,00	7.975,00
22 gen	2.400,00	250,00	2.150,00	10.125,00
23 gen	1.300,00	70,00	1.230,00	11.355,00
24 gen	2.000,00	90,00	1.910,00	13.265,00
25 gen	5.500,00	160,00	5.340,00	18.605,00
28 gen	650,00	-	650,00	19.255,00
29 gen	780,00	360,00	420,00	19.675,00
30 gen	950,00	125,00	825,00	20.500,00
31 gen	600,00	100,00	500,00	21.000,00
	24.565,00	3.565,00	21.000,00	

Tab. 6

Il report di cassa, di cui alla Tab. 6 qui sopra riportato, espone i dati totali dei movimenti giornalieri gestiti dalla segreteria.
Il titolare ha in tal modo la conoscenza dell'andamento giornaliero degli incassi dai clienti e dei pagamenti per spese diverse.
L'importo delle uscite evidenzia l'esigenza di disponibilità media di denaro che la segreteria trattiene per quotidiani pagamenti.
Il saldo giornaliero è, per contro, la disponibilità liquida utilizzabile e gestibile per il conto corrente bancario o per le esigenze personali del titolare.

4. Interazione con il controllo di gestione

Capacità di incasso rispetto alla produzione, gestione e controllo del conto corrente bancario, verifica costante della situazione di cassa.
Gli argomenti qui trattati delineano gli strumenti base necessari alla gestione finanziaria dell'attività professionale.
Il controllo di gestione permette di ottenere e conoscere i risultati legati alla capacità reale e potenziale di produzione e i costi che vengono sostenuti per ottenere tale livello di produzione.

TOSCO_17x24_08.indd 142 7-07-2010 14:13:08

L'analisi finanziaria espone i risultati concreti, in termini di liquidità, dei dati acquisiti dal controllo di gestione.
I due livelli di controllo sono complementari e necessari, per una corretta e completa valutazione della propria attività professionale.

5. Il budget finanziario

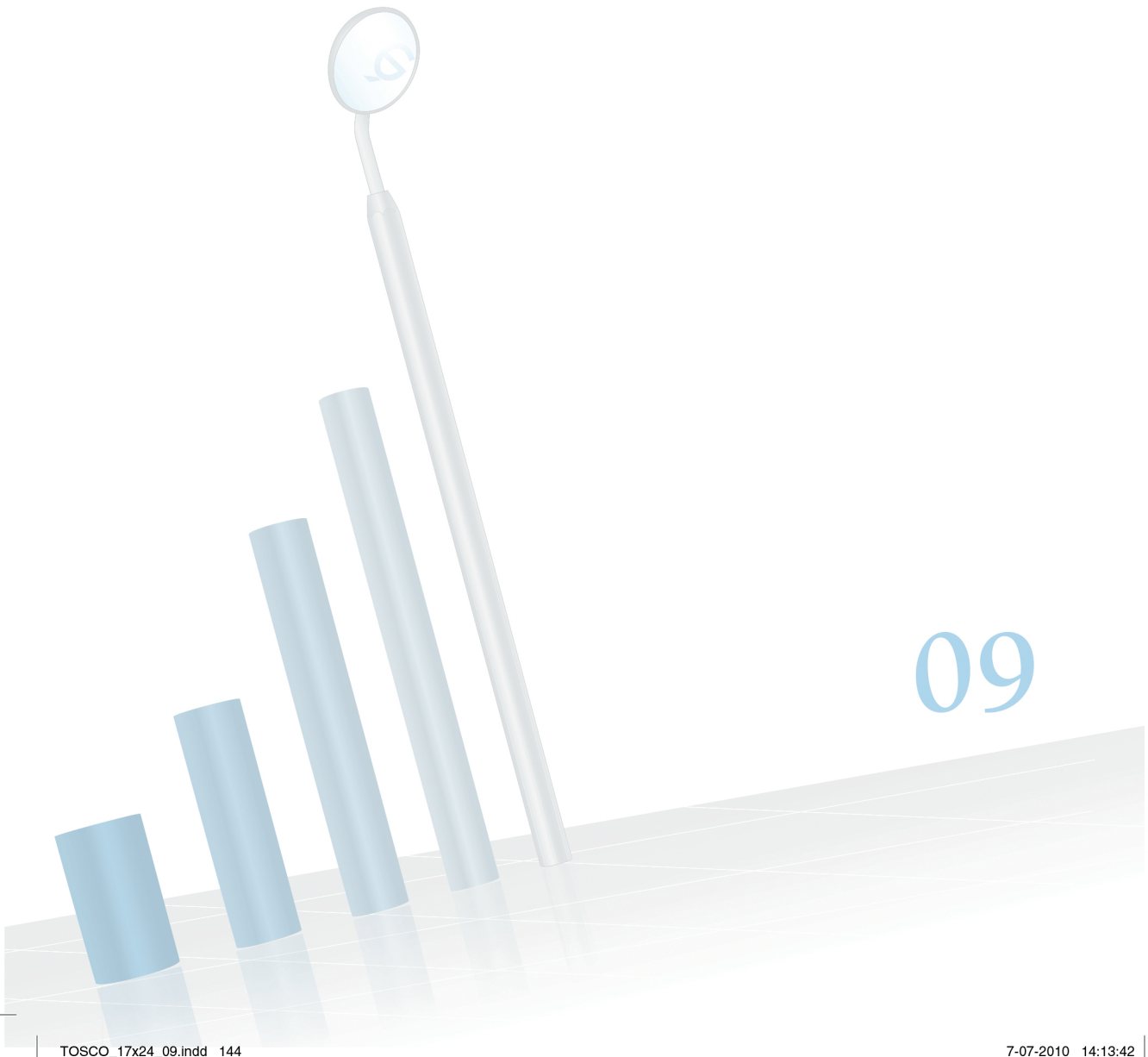
L'analisi finanziaria, partendo dalla conoscenza dei dati storici sia di produzione sia di andamento finanziario, può portare alla redazione del budget finanziario.
È infatti possibile, sulla base dei dati storici, prevedere con sufficiente approssimazione le situazioni future, sia in condizioni di stabilità dell'attività dello Studio sia in previsione di rilevanti modifiche ai fini di una sua espansione e di un suo ridimensionamento.
Il budget può svolgere un ruolo fondamentale nell'attività di analisi di uno studio, poiché permette di individuare obiettivi da raggiungere, operazioni di finanziamento attivate o attivabili, livelli di costo da mantenere.
Il raffronto tra i dati che man mano vengono portati a consuntivo e quelli preventivati a budget sono un ulteriore e importante metro di misura dell'attività dello Studio.
Anche la stesura del budget può essere fatta a livello più o meno dettagliato, per voci di entrata e per voci di spesa.
Scopo e ragione del budget, nella forma ritenuta più idonea per ogni specifica situazione, deve essere però quello di definire obiettivi concreti, raggiungibili e raffrontabili con i risultati reali.
Esistono molti livelli di analisi finanziaria, più o meno sofisticati, ma quello qui suggerito si ritiene essere quanto necessario per l'attività professionale propria dello Studio odontoiatrico. Si è voluto esemplificare la metodologia e gli strumenti più adeguati e opportuni per portare a conoscenza del professionista i risultati dell'attività per la quale ha speso tempo, denaro, intelligenza, entusiasmo. Poiché egli deve, dopo aver conosciuto, decidere.
L'analisi finanziaria è uno di questi strumenti.

Note capitolo 08

1. Si intenda, per ogni specifica situazione aziendale, il valore medio della movimentazione in entrata e in uscita sul conto corrente. Ad esempio: ipotizzando 100 il valore medio in entrata e 70 il valore medio in uscita, determinando con tali valori il dato *fisiologico*, essere nella condizione che, a fronte del mantenimento del valore 70 in uscita, contro un valore persistente in entrata di 90 per un certo periodo, si crea lo squilibrio finanziario rispetto al dato fisiologico.

TOSCO_17x24_08.indd 143 7-07-2010 14:13:08

Marketing e Organizzazione: un case history*



09

TOSCO_17x24_09.indd 144 7-07-2010 14:13:42

Premessa

Cosa si deve e cosa si può migliorare nella gestione dello Studio?
Come è possibile fidelizzare i pazienti-clienti? E cosa pensano di noi, del nostro staff, del nostro Studio?
È sempre possibile fare marketing?
Sono alcune delle domande che mi sono fatto, fermandomi a riconsiderare se era sufficiente ed efficace quello che facevo per mantenere gradevole e vantaggiosa la mia professione quotidiana.
Il dentista, oggi, si trova ad affrontare situazioni e problematiche per le quali non ha preparazione e spesso percezione.
Fino a ieri, controllo della qualità, igiene ambientale e sterilizzazione, programmazione, comunicazione, ergonomia, marketing, analisi economica e gestionale, processi e procedure per raggiungere obiettivi, supporto informatico, erano curiosità di breve lettura e scarsa attenzione.
Ora tutto questo è diventato talmente di attualità da riempire fino a straripare programmi di congressi, corsi, serate, insegnamenti universitari.
E come sempre si fatica a districarsi tra i numerosi "docenti" che si propongono per rivelare la loro chiave di successo.
Bene, ma che fare?
Da dove e da chi cominciare?
Siamo pronti a ricevere e supportare questi nuovi insegnamenti?
E dove li mettiamo?
Quando rientriamo nei nostri Studi cosa facciamo?
Si sono innescati meccanismi strani e controversi che hanno portato a credere che la nuova scienza sia condizione sufficiente per poter lavorare oggi.
Sufficiente, non già necessaria perché lo è, a colmare da sola l'incapacità ad affrontare il progresso e il futuro.
Credo sia possibile ritenere che la chiave di successo della nostra professione passi attraverso alcune fondamentali tappe obbligate: formazione e aggiornamento continuo, costruzione di uno staff, implementazioni di tecniche e procedure per ottimizzare l'ergonomia di lavoro e il controllo di qualità, individuazione e selezione dei nuovi obiettivi.
A questo livello, e solo qui, si possono inserire nuove metodiche di marketing mirato, essendo fortemente convinto, peraltro, che le nostre energie vadano indirizzate alla fidelizzazione dei nostri pazienti-clienti, creando le condizioni ottimali per una solida stabilità dei risultati ottenuti e per una consistente, ancorché autorevole, base di ripartenza. Due grandi aree quindi: sistema di qualità e sviluppo.
Nella prima si interverrà direttamente sulla gestione dello Studio e delle risorse per aumentare la produttività, diminuire i costi e migliorare la "qualità della vita". Nella seconda, conseguente alla prima, si analizzeranno le strategie per concretizzare obiettivi di crescita e miglioramento.

TOSCO_17x24_09.indd 145 7-07-2010 14:13:42

1. Come raggiungere un obiettivo se non lo si conosce?

1.1 Customer Satisfaction: esperienza personale. Il questionario ai pazienti, per rilevarne il grado di "soddisfazione", è uno strumento indispensabile per progettare e programmare le nuove strategie.
Nel mio Studio è stato somministrato a tutti i clienti in appuntamento per qualsivoglia prestazione (eccetto le prime visite), per una durata di poco superiore ai 3 mesi.
Distribuito dalla reception e ritirato al termine della compilazione, è stato immesso direttamente dal paziente in un'apposita urna per mantenerne l'anonimato[1].
I dati sono poi stati elaborati dalla Società Lessicom Srl di Rivoli (TO), lo stesso gruppo di consulenti che mi ha seguito durante la fase di organizzazione gestionale dello Studio.

Qualche esempio di risultato emerso dall'elaborazione dei dati:

Esempio 1. Situazione occupazionale della clientela

Situazione lavorativa

		Frequenza	Percentuale
Validi	studente	6	2,9 %
	in attesa occupazione	9	4,3 %
	occupato	146	69,5 %
	pensionato	18	8,6 %
	non risponde	31	14,8 %
	Totale	210	100 %

Circa il 70% è costituito da soggetti occupati.
L'8,6% da pensionati.
Complessivamente, quasi l'80% è rappresentato da pazienti che dispongono di un reddito che, seppure di grandezze differenziate, può essere in parte dedicato alla cura odontoiatrica.
Occorre però tener conto che, siccome solo il 4,3% si è collocato in attesa di occupazione e nessuno si è dichiarato disoccupato (e immaginiamo pure che i disoccupati siano situati nel 14,8% che non ha risposto), probabilmente un numero significativo di occupati e pensionati comprende anche le casalinghe, le quali formalmente non dispongono di un reddito.

Ciò richiede una particolare attenzione in sede di presentazione dei preventivi, dove la qualità della prestazione deve essere commisurata alla massima qualità possibile per il cliente al quale ci si rivolge, pena l'impossibilità di accettazione del preventivo stesso.

TOSCO_17x24_09.indd 146 7-07-2010 14:13:42

Professione

		Frequenza	Percentuale
Validi	studente	6	2,9 %
	artigiano	16	7,6 %
	commerciante	1	0,5 %
	casalinga	17	8,1 %
	impiegato	52	24,8 %
	libero professionista	28	13,3 %
	operaio	18	8,6 %
	non risponde	45	21,4 %
	imprenditore	8	3,8 %
	dipendente pubblico	11	5,2 %
	agricoltore	3	1,4 %
	altro	5	2,4 %
	Totale	210	100 %

L'immagine dello Studio trae conferma anche dalla tipologia delle professioni dichiarate nei questionari compilati (impiegati, liberi professionisti, artigiani, imprenditori).

Esempio 2. Nucleo famigliare

Altri famigliari in cura?

		Frequenza	Percentuale
Validi	no	59	28,1 %
	sì	139	66,2 %
	non risponde	12	5,7 %
	Totale	210	100 %

Acquisito un paziente, lo Studio diventa referente odontoiatrico praticamente per tutto il nucleo famigliare in cui è inserito.

TOSCO_17x24_09.indd 147 7-07-2010 14:13:42

		Frequenza	Percentuale
Validi	1	53	38,1 %
	2	45	32,4 %
	3	32	23 %
	4	6	4,3 %
	5	2	1,4 %
	non risponde	1	0,7 %
	Totale	139	100 %
Missing	System	71	
Total		210	

Quanti famigliari in cura?

Lo Studio cura circa il 38% di nuclei di 1 persona, il 32,4% di nuclei di 2 e il 23% di nuclei di 3, fino a quasi il 5% di nuclei di 4 persone.

Esempio 3. Modalità di pagamento

		Frequenza	Percentuale
Validi	sì	200	95,2 %
	non risponde	10	4,8 %
	Totale	210	100 %

Ritiene che sarebbe gradita l'opportunità di concordare tempi e modi di pagamento?

		Frequenza	Percentuale
Validi	anticipo e rate costanti a seduta	36	17,1 %
	ant. e rate viariab. ad avanzam. lavori	79	37,6 %
	saldo ant. ogni seduta valore lavoro eff.	26	12,4 %
	ogni seduta una rata uguale	29	13,8 %
	altro	9	4,3 %
	dipende dal tipo di prestazione	3	1,4 %
	secondo le possib. econom. del cliente	8	3,8 %
	non risponde	20	9,5 %
	Totale	210	100 %

Qual è la migliore modalità di pagamento?

TOSCO_17x24_09.indd 148 7-07-2010 14:13:42

Ritiene positivo l'accesso al finanziamento bancario della cura?

		Frequenza	Percentuale
Validi	no	42	20 %
	sì	106	50,5 %
	non so	49	23,3 %
	non risponde	13	6,2 %
	Totale	210	100 %

Secondo lei, lo Studio dovrebbe suggerire il prestito bancario?

		Frequenza	Percentuale
Validi	no	40	19 %
	sì	136	64,8 %
	non so	6	2,9 %
	non risponde	28	13,3 %
	Totale	210	100 %

Si ritiene interessato ad accedervi in futuro?

		Frequenza	Percentuale
Validi	no	105	50 %
	sì	68	32,4 %
	non so	4	1,9 %
	non risponde	33	15,7 %
	Totale	210	100 %

I clienti affermano di voler concordare tempi e modi di pagamento all'atto di accettazione del preventivo (oltre il 95%). La modalità di pagamento di gran lunga preferita (37,6%) consiste in un congruo anticipo e rate variabili ad avanzamento lavori. Il 17,1% pur volendo rate costanti per seduta è disposto a versare un congruo anticipo. Scendiamo subito al 13,8% che vorrebbe delle rate uguali per ogni seduta (si fa notare come ciò, se accettato, possa rappresentare un notevole danno economico per lo Studio). Le altre proposte oscillano su percentuali marginali.

Il prestito bancario

Quasi il 65% ritiene che lo Studio dovrebbe suggerirlo ad alcuni clienti per affrontare il costo della cura dentale.

Il 50,5% ritiene positivo il ricorso al prestito bancario per realizzare le cure odontoiatriche necessarie. Tuttavia, tra coloro che hanno risposto, solo il 32,4% pensa che potrebbe essere interessato ad accedervi in futuro.

TOSCO_17x24_09.indd 149 7-07-2010 14:13:42

A questo punto, diventava fondamentale concretizzare il lavoro fin lì svolto e il primo step è stato l'analisi dei dati, con riferimento:

- interno: rimotivare lo staff sulle esigenze dei pazienti-clienti e l'offerta dello Studio;
- esterno: scelta delle strategie e loro ritorno sul paziente.

1.2 Analisi dei dati con riferimento interno: scelta delle strategie. Le domande del questionario di customer satisfaction devono necessariamente essere proposte a valutare, nel modo più preciso possibile, ciò che i pazienti percepiscono del "nostro mondo".
Citando Merleau-Ponty, «[...] non dobbiamo chiederci se i nostri pazienti percepiscono quello che facciamo e che siamo. Dobbiamo invece dire: "Quello che facciamo e siamo è quello che loro percepiscono [...]"»[(2)].
Nelle risposte possiamo trovare la nostra proiezione futura, selezionando gli stimoli ricevuti e caricando quelli utili ad anticipare e ridefinire il nuovo percorso:

- individuazione dei settori clinici di intervento;
- allineamento dei bisogni dei pazienti con le risposte dello Studio;
- potenziamento dei settori sotto utilizzati;
- formazione del personale in base alle valutazioni espresse.

1.3 Analisi dei dati con riferimento esterno: ritorno sul paziente.

- Descrizione dei risultati a tutti i pazienti;
- piano per gli interventi privilegiati per il periodo successivo (nel mio caso, per esempio, potenziare la prevenzione, l'ortodonzia e i settori clinici speciali come la medicina estetica);
- sviluppo strategico della figura del dentista di famiglia (visita collettiva per la famiglia, "pacchetti famiglia" di prevenzione, variazione dei costi personalizzata ecc).

2. L'incontro con i pazienti

2.1 Partecipazione all'evento. La serata con i pazienti è stata organizzata tra mille dubbi, incognite e forti aspettative. Era un mettere alla prova, in un colpo solo, vent'anni di lavoro.
Come avrebbero recepito l'invito i pazienti? Quale la loro affluenza? Gli argomenti della serata sarebbero stati interessanti? E se fosse stato un flop? Gli sponsor presenti come avrebbero "sopportato" un insuccesso? Per noi, per il nostro staff, cosa poteva significare ritrovarsi con poche persone?

TOSCO_17x24_09.indd 150 7-07-2010 14:13:42

- Il programma prevedeva la presentazione dei risultati dell'indagine, una breve sezione dedicata all'igiene e prevenzione, una all'ortodonzia intercettiva nel bambino e l'ultima parte alla presentazione della medicina e chirurgia estetica del viso e del sorriso; una novità per il nostro Studio che ha suscitato molto interesse;
- il luogo è stato individuato in una sala da 300 persone in un albergo di un paese vicino;
- l'invito è stato esteso per lettera a tutte le famiglie dei pazienti (circa 1500) e previsto per un venerdì sera, tra le 20:00 e le 22:15;
- il contenuto dell'invito, con la descrizione dell'incontro, era il seguente:
  - ~ data del meeting;
  - ~ giorno;
  - ~ elementi costitutivi;
  - ~ luogo;
  - ~ contenuti.

Ore 20.00
Degustazione prodotti locali (servizio di uno sponsor)
Mostra pittore e o scultore locale
Spazio per gli sponsor

Ore 21.00
Presidenza: dr. Costa
Presentazione incontro: dr. Costa (5')
Presentazione dati del rilevamento: Lessicom (20')
Relazioni cliniche:

- obiettivi privilegiati per il 2004 - dr. Costa
- igienista (10') - proiezione diapositive
- ortodontista (10') d.ssa Perona - diapositive di casi trattati
- estetica del viso (20') - dr. Costa - diapositive di spiegazione

La serata si è conclusa con una degustazione di vino e prodotti tipici nella cornice di una mostra di acquarelli di un artista locale.
Beh... è andata benissimo! L'afflusso è stato superiore alle più rosee aspettative e tutta la serata ha avuto un ottimo successo. Posso dire che il risultato ha ripagato gli sforzi e le energie impegnate.

2.2 Primi effetti interni allo Studio. Da subito abbiamo percepito vari segnali positivi:

- c'è stata una chiara risposta di elevata fidelizzazione;

TOSCO_17x24_09.indd 151 7-07-2010 14:13:42

- si è avuto un conseguente ed evidente aumento di autostima di tutti gli operatori dello Studio;
- è rimasta maggior sicurezza in quello che si fa e in quello che si propone;
- ci sarà sicuramente un miglioramento della qualità nel servizio offerto.

2.3 Effetti collaterali all'avvenimento. Il coinvolgimento degli sponsor è un aspetto da tenere in considerazione e da valutare seriamente. Non si è chiesto un finanziamento diretto, ma la disponibilità a coprire i costi di un aspetto, tra i tanti, che si presentavano per l'avvenimento: il costo della sala, l'invio degli inviti, il clown per l'intrattenimento dei bambini durante le relazioni, il servizio di catering della degustazione, i prodotti del rinfresco, la mostra delle opere pittoriche ecc.
In cambio del loro intervento, i prodotti degli sponsor del settore odontoiatrico o estetico erano a disposizione dei partecipanti in un apposito spazio allestito a fianco.
Lo scetticismo di alcuni di loro, inizialmente disposti ad essere coinvolti più in veste di fornitori che per una reale adesione all'iniziativa, si è tramutato prima in stupore e poi in convinta partecipazione a questo modo di condurre il rapporto con i pazienti.

2.4 Primi effetti esterni: variazione del tasso di accettazione dei preventivi[3].
Un parametro molto significativo di valutazione dei risultati è quello dell'accettazione dei preventivi.
I primi dati al riguardo, nei tre mesi successivi, paiono molto buoni, essendoci stato un forte incremento numerico e di valori. È chiaro che non possono essere ritenuti da subito indicativi di nuovo trend.
Certamente, però, ha giocato un ruolo importantissimo per tutto lo Studio il successo della serata, inteso come percezione di maggior sicurezza nel proporre e far accettare nuovi piani di cura. La verifica positiva di una forte fidelizzazione contribuisce a dare energie e grandi motivazioni che si trasferiscono sui pazienti che, indubbiamente, lo percepiscono.

2.5 Indicazioni per la comunicazione permanente. Comunicazione è anche l'espressione della nostra immagine, l'aspetto dello Studio, la sintonia di chi ci lavora. Come parla il nostro Studio di noi? Come fa il paziente a sapere che siamo bravi[4]?
È chiaro che non ci sono formule magiche. Ma la capacità di individuare i

TOSCO_17x24_09.indd 152 7-07-2010 14:13:42

particolari da modificare, la discussione partecipata dell'intero staff, la voglia del team di raggiungere e mantenere nuovi risultati, sono la nostra forza. Il paziente si deve sentire speciale e certamente percepirà l'armonia e il nostro atteggiamento positivo.

Molto opportune possono essere forme di comunicazione come:

- newsletter per la sala d'attesa, consegnate direttamente a ogni singolo cliente dalla segreteria o inviate via e-mail;
- organizzazione di altri incontri su argomenti specifici come suggerito dai pazienti, che daranno continuità all'evento centrale di tutto l'anno come ritengo sia la serata coi pazienti, da riproporre per mantenere costante il feeling del "primo contatto".

TOSCO_17x24_09.indd 153 7-07-2010 14:13:42

Note capitolo 09

* Il marketing non è una variabile autonoma rispetto all'organizzazione dell'azienda. Nel quadro dell'organizzazione della produzione, la questione va affrontata alla fine della messa a punto di tutto il processo. Se una struttura odontoiatrica rileva di punto in bianco che deve fare del marketing perché ha l'impressione che il numero dei pazienti sia insufficiente, probabilmente in quel caso i problemi veri sono ben altri. Il marketing non può essere immaginato come una specie di "butta-dentro" da discoteca che convince i passanti a entrare. Per contro, ammesso che esista la bacchetta magica e che nel giro di una settimana arrivino cento nuovi pazienti, quella struttura ha ben poco da essere felice. Rischia di chiudere perché sicuramente abbassa la qualità delle prestazioni, non ha il personale che possa gestire l'afflusso, non ha le macchine per intervenire, aumenta i costi per gli straordinari, vive uno stress non sopportabile. Non crea cioè le condizioni per la fidelizzazione. Perderebbe quindi non solo i nuovi, ma anche i vecchi pazienti.
Il marketing, al di là delle tecniche proprie da attivare e da ritarare caso per caso, è concettualmente la continuazione dell'organizzazione con altri mezzi. Deve scaturire dagli obiettivi che l'azienda si è data, seguirne la crescita e il processo di sviluppo, consolidarne la posizione acquisita.

1. Occorre avere ben presente di che cosa si sta parlando quando si affronta il rilevamento con il cosiddetto "customer satisfaction".
Il customer satisfaction va di moda e, come molte delle mode che girano da noi, è di importazione. Tuttavia, nel processo di acculturazione che sottende l'accettazione di fenomeni provenienti dall'esterno, la società che lo acquisisce lo modifica – in modo maggiore o minore – per adattarlo ai suoi modelli e ai suoi valori complessivi di riferimento. Lo strumento di indagine del customer satisfaction, nato come valido supporto alla conoscenza dell'utente e alla comprensione del suo atteggiamento verso un fornitore di prodotti o servizi, diventando nella nostra società un prodotto di moda, ha perso spesso il suo carattere di scientificità per assumere quello di risposta alla curiosità del fornitore.
Per essere alla moda si fanno foglietti vari (un po' meno generici del vecchio foglietto delle lamentele da compilare e da depositare nell'apposito contenitore), con domande che prefigurano spesso risposte ovvie o involontariamente pilotate. Salvo poi, una volta lette, domandarsi: «E adesso, che cosa me ne faccio?».
Il customer satisfaction, invece, se usato secondo il metodo e le finalità per cui è nato, è un valido strumento che concorre al miglioramento dell'organizzazione di una struttura produttiva – e lo Studio odontoiatrico è una struttura che produce e fornisce servizi alla persona – e che, se abbinato nello Studio odontoiatrico ad altri strumenti, permette di applicare un marketing mirato.
Il questionario va elaborato con il referente dello Studio odontoiatrico sulla base delle questioni che si vuole conoscere. Ad es.: il rapporto con la segreteria e l'amministrazione, il rapporto tra i prezzi e la qualità delle prestazioni, l'interesse ad essere avvisati alle scadenze previste, le tipologie delle prestazioni fornite, l'interesse per le modalità di pagamento ecc.
Gli items vanno costruiti in modo da trasmettere anche delle informazioni. Ad es.: se si chiede al paziente: «Lei è a conoscenza che in questo Studio si può fruire delle seguenti specializza-

TOSCO_17x24_09.indd 154 7-07-2010 14:13:42

Note capitolo 09

zioni [segue elenco]?», non si acquisisce solamente il livello di conoscenza del paziente, ma si trasmette anche l'informazione sulle specializzazioni praticate. L'elaborato si somministra a tutti i pazienti che, in un certo arco di tempo, si recano nello Studio per degli appuntamenti, fatta eccezione, ovviamente, per le prime visite.
L'azione deve costituire un evento a cui partecipano tutti i componenti dello Studio, in modo che sia percepita come un'importante fase di attenzione metaclinica verso il paziente. I dati vanno elaborati e commentati, altrimenti l'intera azione risulta una perdita di tempo e i risultati devono ritornare ai pazienti, sotto forma di news, di lettera o altro, secondo l'obiettivo che lo Studio intende raggiungere. Le indicazioni devono essere applicate, altrimenti si sono costruite delle aspettative a cui non segue un comportamento conseguente. La disillusione può essere vissuta in modo molto negativo. Talvolta può essere opportuno ripetere il rilevamento dopo alcuni mesi, per vedere il cambiamento di atteggiamento nella percezione del paziente. Se emergono dei punti di sofferenza ritenuti particolarmente rilevanti (come una visione assai negativa della segreteria o una forte difficoltà a percepire adeguatamente l'igiene), è opportuno intervenire con un'indagine mirata qualitativa (e quindi con delle interviste per campione) per comprendere i motivi che provocano la disfunzione. Le disfunzioni in azienda hanno un costo che, in alcuni casi, è assai rilevante.

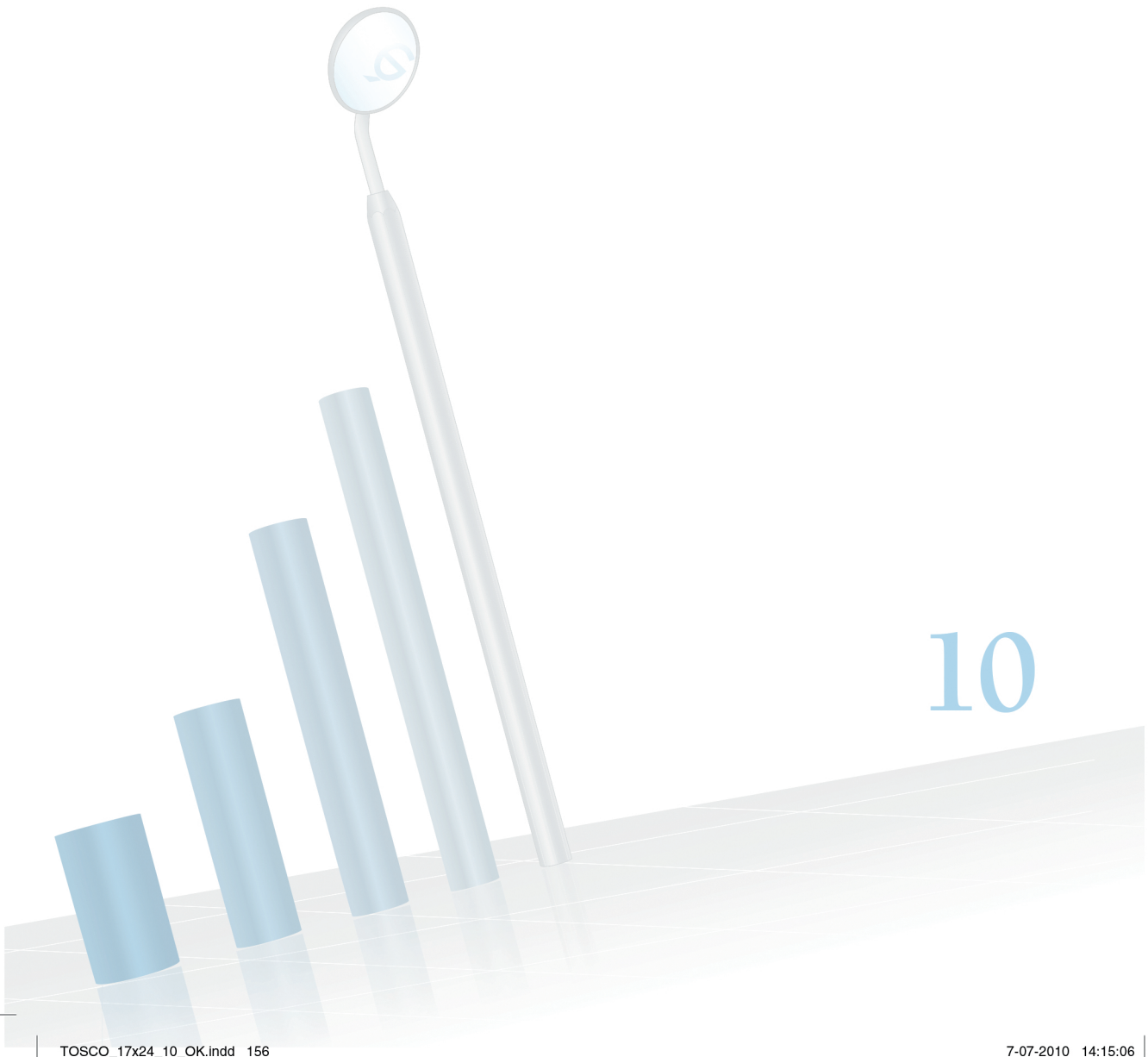
2. M. Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, 1945.

3. I preventivi sono un fondamentale indicatore del tasso di fidelizzazione di uno Studio odontoiatrico.
   Spesso sottovalutato, tanto da essere inserito tra una cura e l'altra di pazienti diversi («Non posso dedicare più tempo alla visita, perché devo lavorare!», come se la vendita del prodotto all'interno di un'azienda non fosse "lavoro"), fornisce molte indicazioni anagrafiche e di stile di vita del cliente, oltre al vantaggio di permettere la costruzione della produzione dei mesi a venire.

4. Si apre qui la grande questione della comunicazione. Anche in questo caso, come per il marketing, occorre avere chiaro di che cosa si sta discutendo quando si parla di comunicazione.
   Il più delle volte, il termine viene usato in maniera impropria o decisamente errata. Per comunicazione si intende il processo per cui un messaggio, qual si voglia la forma con cui viene espresso (linguistico, gestuale, iconico, sonoro ecc.), che procede da A (emittente) a B (ricevente), ritorna da B ad A.
   In assenza del processo di feedback non abbiamo una comunicazione. Possiamo certo avere qualcos'altro: un'informazione, un messaggio, un'indicazione, un segnale, un contatto, un gesto, un suono ecc., ma non una comunicazione. Anche questo argomento, soprattutto in una azienda che eroga servizi alla persona, richiederà una trattazione a sé.

TOSCO_17x24_09.indd 155 7-07-2010 14:13:42

Analisi dei preventivi: strumento di gestione e di marketing



10

Premessa

Quando affronto questo tema con dei titolari di Studi odontoiatrici resto regolarmente perplesso. È vero che, essendo sostanzialmente un aziendalista, mi risulta subito ben chiara l'importanza dell'analisi dei preventivi in una attività strutturata, dove si fornisce un bene (materiale o immateriale che sia) a qualcuno che lo richiede. Da questa azione, come logica conseguenza, è atteso un adeguato ritorno economico. Se così non è, non si svolge un'attività aziendale[(1)]. Il bene può essere materiale, come un prodotto o un manufatto, oppure immateriale, come un servizio: la scuola, la salute, i trasporti, le informazioni, i supporti all'uso del tempo libero o del tempo liberato ecc.[(2)]. Ma, in ogni caso, per avviare l'attività che dovrà portare alla realizzazione del bene richiesto, il preventivo deve essere accettato, altrimenti la struttura produttiva non si mette in moto o, se già avviata, si arresta, con tutte le conseguenze economiche che ne derivano e con le relative ricadute sulle risorse umane in essa occupate. Le perplessità a cui accennavo derivano dal cogliere, nell'interlocutore, la difficoltà a recepire l'importanza dell'analisi dei preventivi. E l'aspetto prevalente non riguarda tanto quelli che vengono accettati, quanto quelli che non lo sono.

1. Dove si colloca

Il preventivo, in un'azienda, è il momento di avvio dell'attività. È l'azione che motiva, oppure no, la produzione di una merce o la distribuzione di un prodotto. È l'atto di vendita da cui si attende un ritorno economico, il momento che permette l'esistenza aziendale. L'analisi dei preventivi presentati e accettati rientra nell'ambito dei controlli sistematici esistenti all'interno di una realtà aziendale per tenere sotto osservazione gli elementi del controllo di gestione. L'ambito generale in cui si colloca è quello del marketing, cioè della proposta del prodotto aziendale a un target, che può essere generico o selezionato a seconda delle scelte strategiche. Nello specifico rientra nella sfera del commerciale, che si concretizza dopo la descrizione del prodotto e che riguarda direttamente la vendita, cioè la traduzione della motivazione in un'azione economicamente utile per lo Studio odontoiatrico.

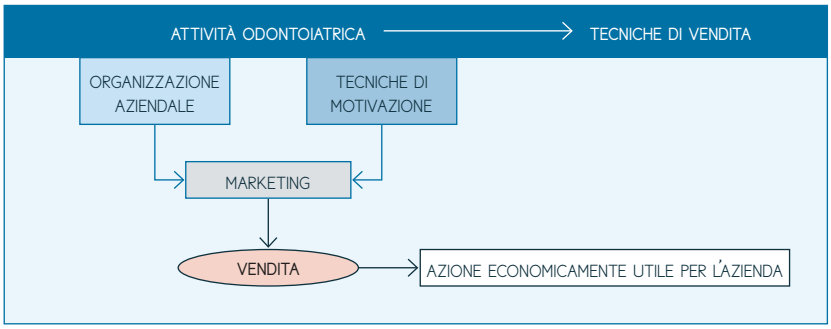


Fig. 1

TOSCO_17x24_10_OK.indd 157 7-07-2010 14:15:06

2. Che cosa occorre rilevare

Nome (o codice) del cliente

Per chi analizza i dati, questa informazione non è significativa, ma lo è per lo Studio che ha presentato il preventivo. Permette di individuare la persona a cui è stato sottoposto e anche di controllare che l'elenco contenga tutti i preventivi presentati. È molto facile, infatti, dimenticarne qualcuno, sia perché a volte è possibile che sfuggano a una segreteria sotto pressione per il numero di clienti da ricevere e da dimettere, sia perché spesso non c'è l'abitudine a considerare alcuni interventi minori come "preventivi". Soprattutto nei casi in cui, durante un trattamento sul riunito, vengano individuati interventi minori subito praticati. Si considera il preventivo, molto spesso, solo quando è collegato a una visita, mentre negli altri casi no. Ciò fa sì che i preventivi, alla fine, risultino assai di meno di quelli reali e soprattutto che non rientrino nei calcoli della produzione acquisita: di quanti vengono accettati e di quanti vengono, invece, rimandati o esclusi al fine di un trattamento.

Età

È un indicatore significativo. Permette di iniziare a stabilire la tipologia del target aziendale. E la diversa tipologia di target facilita l'orientamento delle specializzazioni verso cui il titolare può indirizzare l'azienda. Naturalmente non nell'immediato, poiché il medico deve intervenire sulla patologia che si trova davanti nel momento in cui il cliente si reca presso il suo Studio. Ma strategicamente sì.

Se, ad esempio, ho un consistente numero di clienti in età collocata tra i 30 e i 45 anni, posso ipotizzare che abbiano figli che necessitino di attenzioni ortodontiche. Si dovrà naturalmente verificare se è vero con un'analisi più approfondita, ma può essere una seria ipotesi iniziale. L'inserimento delle cure su giovani pazienti è un modo serio per mantenere consistente il pacchetto clienti e rinnovarlo con l'immissione di soggetti in sostituzione della fisiologica rarefazione della fascia anziana.

Sesso

Da tenere in considerazione per la diversa percezione e manifestazione dei bisogni e per la necessità di adeguare il linguaggio all'interlocutore.

Nuovo o vecchio paziente

Questo parametro è rilevante, dal momento che un paziente che ritorna presso uno Studio, magari dopo un tempo considerevole, rivela un tasso di fidelizzazione assai elevato.

Per contro, i nuovi pazienti manifestano un tasso di accettazione inferiore, talvolta anche del 30%, rispetto a quello dei pazienti che già si sono presentati in Studio. Avere un indicatore che segnali l'incidenza delle mancate accettazioni su pazienti "new", significa avere uno strumento importante per

TOSCO_17x24_10_OK.indd 158 7-07-2010 14:15:06

intervenire in tempi rapidi sulle modalità e sui tempi dedicati alla motivazione del paziente alla cura.

Professione (per codice)

La conoscenza della professione viene normalmente pensata come la possibilità di proporre dei trattamenti economici più impegnativi. Certo, è uno strumento che permette di evitare dei costi di presentazione di un preventivo che è possibile elidere[3]. Infatti, ogni preventivo, supposto che duri mezz'ora, ha un costo per lo Studio da non sottovalutare[4]. Occorre, quindi, agire creando le migliori condizioni possibili perché l'azione raggiunga l'obiettivo.

Specializzazioni interessate nella proposta del Piano di Cura (per codice)

Se un operatore è profondamente specializzato in una branca dell'odontoiatria, ad esempio nella protesi, è evidente che avrà moltissimi casi in cui sono proposti interventi che la prevedono, anche perché i pazienti si recano da quel clinico proprio per quel motivo. Tuttavia, negli altri casi è il clinico stesso che, magari inconsciamente, tende a proporre interventi in settori in cui si sente più sicuro o che preferisce, tralasciando piuttosto altri aspetti in cui sarebbe utile orientare lo sviluppo dell'azienda.
Infatti, i bisogni dei pazienti sono spesso orientabili, soprattutto quando siamo in campi in cui la conoscenza del cliente è assai limitata, com'è appunto quello odontoiatrico.

Importi del/i preventivo/i presentato/i

Importo che sarà effettivamente versato dal paziente

Non sempre l'aspettativa di ritorno finanziario è uguale all'importo del preventivo risultante dall'applicazione del listino. Soprattutto nel caso di sconti, ciò che verserà il cliente a fronte della prestazione sarà inferiore. Il delta tra l'importo del preventivo e ciò che sarà realmente versato permette di valutare la percentuale di sconto praticata[5].

Codice di chi ha formulato il Piano di Cura (soggetto motivante)

Quando abbiamo uno Studio monoprofessionale è sempre lo stesso medico, il titolare, a fare la visita e a motivare il cliente alla cura. Ma quando sono presenti altri clinici, magari anche solo dei collaboratori, si commette spesso l'errore di lasciare che siano anche altri medici a fare la visita e a formulare il preventivo. Il risultato di accettazione è spesso diverso da clinico a clinico. Avere i dati di obiettivi raggiunti per ogni singolo medico permette di collocare nella posizione più idonea – in questo caso, lo svolgimento della visita e la motivazione del paziente – il soggetto più adatto e che, sulla base dei numeri, ottiene i migliori risultati.

TOSCO_17x24_10_OK.indd 159 7-07-2010 14:15:07

Codice di chi ha venduto la prestazione (soggetto venditore)

Per la segretaria, destinata alla vendita del preventivo e all'applicazione delle modalità di pagamento delle prestazioni, vale lo stesso discorso. Occorre misurare e poi collocare in quella posizione, importantissima e assai delicata, la persona che meglio delle altre è in grado di svolgere la carica. Inoltre, in funzione dei risultati ottenuti, o che si vuole ottenere, si potrebbe attivare un eventuale sistema premiante.

3. Un esempio di analisi[6]

3.1 Dato riassuntivo dell'andamento mensile e riassuntivo dei preventivi presentati e accettati.

Quadro operativo:
Studio monoprofessionale, 2 riuniti, 1 titolare, 1 ortodontista collaboratore per 1 g. alla settimana, 1 igienista full time, 1 assistente, 1 segretaria.
Apertura: 5 gg. alla settimana

La Tab. 1 fornisce la situazione, mese per mese, dell'anno in corso e, nella parte superiore, la sintesi incrementale man mano che aumentano i mesi nell'arco dell'anno. L'esempio riporta i dati per il 2010 fino ad aprile compreso. La prima grande divisione riguarda i preventivi presentati e accettati definiti *new* e *old*. Per "new" si intendono quelli sottoposti a clienti che non si sono mai presentati nello Studio, per "old" quelli presentati a soggetti che sono già venuti almeno una volta nello Studio, anche solo per una detartrasi. Si ritiene che sia importante tener conto di questo aspetto. Chi viene per la prima volta è un soggetto che deve decidere se farsi curare o meno in quello Studio e dal quel professionista. Occorre mettere, quindi, in atto tutte le tecniche per avviare l'imprinting e determinare poi la fiducia e la fidelizzazione. Chi è già venuto almeno una volta, e ritorna a fronte di un bisogno, sceglie coscientemente di andare "in quello Studio". È quindi ben diversamente disponibile. Entrambe le situazioni, *new* e *old*, sono poi considerate sul piano numerico e sul relativo piano del valore economico che scaturisce dal numero. Spesso, nella valutazione dell'accettazione dei preventivi presentati ci si limita a osservare la differenza tra il numero dei preventivi presentati e quelli accettati. Dal momento che il numero delle accettazioni è quasi sempre vicino al 90%, si giunge alla conclusione che i preventivi vengono quasi tutti accettati. Questa osservazione può indurre a una errata valutazione della situazione. Ciò di cui occorre tener conto è la differenza tra il valore dei preventivi presentati e quelli accettati. Spesso la percentuale numerica di scostamento tra i preventivi presentati e quelli accettati (in genere il risultato si presenta gratificante agli occhi del clinico che ha fatto le visite) e lo scostamento percentuale in termini di valore tra le presentazioni e le accettazioni (dove spesso il quadro si presenta assai meno roseo) è molto elevata.

TOSCO_17x24_10_OK.indd 160 7-07-2010 14:15:07

QUADRO RIASSUNTIVO – ANDAMENTO PRESTAZIONE E ACCETTAZIONE PREVENTIVI

	NEW				OLD				TOTALI			
	presentati		accettati		presentati		accettati		numeri		valori	
	num.	val.	num.	val.	num.	val.	num.	val.	pres.	acc.	pres.	acc.
	34	129.424,00	27	103.774,00	71	166.142,00	64	137.847,00	105	91	295.566,00	241.621,00
	accett. su present.		79,4	80,2			90,1	83		86,7		81,7
												-53.945,00

AREA RIASSUNTIVA INCREMENTALE

	NEW				OLD				TOTALI			
	presentati		accettati		presentati		accettati		numeri		valori	
	num.	val.	num.	val.	num.	val.	num.	val.	pres.	acc.	pres.	acc.
gennaio 2010	10	79.999,00	9	71.753,00	18	27.025,00	16	20.105,00	28	25	107.024,00	91.858,00
	acc. su present.		90	89,7			88,9	74,4		89,3		85,8
												-15.166,00
febbraio 2010	3	6.264,00	2	4.405,00	19	59.431,00	16	40.165,00	22	18	65.695,00	44.570
	acc. su present.		66,7	70,3			84,2	67,6		81,8		67,8
												-21.125,00
marzo 2010	12	28.887,00	9	18.249,00	21	26.894,00	20	26.595,00	33	29	55.781,00	44.844,00
	acc. su present.		75	63,2			95,2	98,9		87,9		80,4
												-10.937
aprile 2010	9	14.247,00	7	9.367,00	13	52.792,00	12	50.982,00	22	19	67.066,00	60.349,00
	acc. su present.		77,8	65,6			92,3	96,6		86,4		90

Tab. 1

TOSCO_17x24_10_OK.indd 161 7-07-2010 14:42:34

La mancata accettazione di anche solo due preventivi può dare un delta in valore, tra i presentati e gli accettati, anche del 30%. Osservando la Tab. 1 a pag. 161 si può verificare che è davvero così nel mese di febbraio dove – nel quadro a destra dei totali generali (*new* + *old*), mentre abbiamo un'accettazione numerica dell'81,8% – la corrispondente percentuale sui valori è del 67,8%. Qui non si vuole non tenere conto della fisiologica mancata accettazione, ma è del tutto ipotizzabile poter pensare di ridurne il valore complessivo della metà. Infine, nella Tab. 1, troviamo i totali che sono generati dalla somma dei preventivi *new* e di quelli *old*.
I risultati di questo Studio, come risulta nell'area riassuntiva della Tab. 1, sono comunque molto buoni e le indicazioni, seguite con attenzione, hanno dato gli effetti attesi, tanto che i valori accettati sono superiori all'80%[7]. Anche in questo caso, però, nell'arco di 4 mesi le mancate accettazioni raggiungono la somma di circa 54.000 €. Proiettate sull'anno, abbiamo mancate accettazioni che ruotano attorno a 150.000 €. Non voglio pensare che siano tutti acquisibili, ma pensare alla metà, anche in base ai risultati ottenuti sul campo, è credibile. E la metà sarebbe lo stipendio annuo di tutto il personale di quello Studio.
Tuttavia, se guardiamo un altro caso, in cui sono maggiori le difficoltà ad applicare correttamente le procedure e in cui le motivazioni sono presentate da più di un operatore clinico, abbiamo una situazione molto più pesante.

Quadro operativo:
Studio associato, 4 riuniti, 3 titolari, 1 ortodontista collaboratore per 1 g. al mese, 1 igienista full time, 2 assistenti, 1 segretaria.
Apertura: 5 gg. alla settimana ma non compresenti (1 operatore e ½ al gg).
I risultati di questo secondo Studio, come risulta nell'area riassuntiva della Tab. 2, sono molto distanti da una situazione ottimale. Numericamente parlando abbiamo una buona accettazione (83,3%), ma ad essa non corrisponde l'aspetto economico, dove i valori accettati raggiungono appena il 54,7% e, nell'arco di 4 mesi, le mancate accettazioni raggiungono la somma di circa 111.000 €. Proiettate sull'anno, abbiamo mancate accettazioni che ruotano attorno a 330.000 €. La metà contribuirebbe in maniera significativa alla copertura dei costi fissi.

Seguono poi ulteriori tabelle (non presenti nel testo). In particolare, una riferita a tutti i preventivi presentati dove, a ognuno dei pazienti interessati, sono abbinati i dati delle specializzazioni inserite nel trattamento, l'età, se paziente *new* oppure *old* ecc. È così possibile tenere sotto controllo se sono stati registrati tutti i preventivi oppure se qualcuno è stato dimenticato[8].
Un'altra ancora è quella che contiene gli stessi dati della precedente, ma ri-

TOSCO_17x24_10_OK.indd 162 7-07-2010 14:15:07

QUADRO RIASSUNTIVO – ANDAMENTO PRESTAZIONE E ACCETTAZIONE PREVENTIVI

NEW				OLD				TOTALI			
presentati		accettati		presentati		accettati		numeri		valori	
num.	val.	num.	val.	num.	val.	num.	val.	pres.	acc.	pres.	acc.
15	30.110,00	10	12.520,00	153	215.293,00	130	121.706,00	168	140	245.403,00	134.226,00
accett. su present.		66,7	41,6			85	56,5		83,3		54,7
											-111.177,00

AREA RIASSUNTIVA INCREMENTALE

	NEW				OLD				TOTALI			
	presentati		accettati		presentati		accettati		numeri		valori	
	num.	val.	num.	val.	num.	val.	num.	val.	pres.	acc.	pres.	acc.
gennaio 2010	2	3.160,00	1	2.820,00	44	79.921,00	34	26.078,00	46	35	83.081,00	28.898,00
	acc. su present.		50	89,2			77,3	32,6		76,1		34,7
												-54.183,00
febbraio 2010	6	20.670,00	2	3.565,00	260	7.320,00	20	4.881,00	32	22	27.990,00	8.446,00
	acc. su present.		33,3	17,2			76,9	66,7		68,8		30,0
												-19.544,00
marzo 2010	4	2.515,00	4	2.370,00	36	49.095,00	35	40.877,00	40	39	51.610,00	43.247,00
	acc. su present.		100	94,2			97,2	83,3		97,5		83,8
												-8.363,00
aprile 2010	3	3.765,00	7	3.765,00	47	78.957,00	41	49.870,00	50	44	82.722,00	53.653,00
	acc. su present.		100	100			87,2	63,2		88		64,8

Tab. 2

TOSCO_17x24_10_OK.indd 163 7-07-2010 14:43:38

feriti esclusivamente a coloro che non hanno accettato in modo definitivo o per riflettere prima di decidere. Questa tabella serve soprattutto al titolare come verifica dell'esatta situazione del paziente. Se le informazioni non transitano in modo rigido e definito dall'area clinica a quella di segreteria, può succedere che un paziente, che risulta in standby per la segreteria, abbia già iniziato la cura, a volte con pesanti ripercussioni finanziarie.
E poi serve per tenere presente i pazienti da risentire a breve, per conoscere la decisione definitiva e non dimenticarli, seppure involontariamente.

3.2 Situazione dei preventivi non accettati per grandezze.

Quadro operativo:
Studio associato, 9 riuniti, 3 titolari, 1 ortodontista collaboratore per 3 gg. alla settimana, 4 clinici collaboratori part time, 4 igieniste part time (2 sempre presenti), 8 assistenti, 4 segretarie full time.
Apertura: 5 gg. e ½ alla settimana.

L'esempio ci permette di cogliere meglio il senso della Tab. 3.
I preventivi non accettati sono suddivisi per grandezze (fino a 500, da 500 a 1.000, da 1.000 a 2.500, da 2.500 a 5.000, da 5.000 a 10.000, da 10.000 a 15.000, da 15.000 a 25.000, da 25.000 a 40.000, oltre 40.000 €), perché si ritiene utile sapere dove ci sono maggiori difficoltà ad accettare i preventivi. È opinione diffusa che siano meno accettati i preventivi "grandi" (superiori a 10.000 €), invece i dati in nostro possesso ci dicono esattamente l'opposto. Nel 2009, avendo a disposizione l'intera produzione acquisita di tutto l'anno, i risultati sono stati che i preventivi non accettati superiori a 10.000 € hanno inciso per il 3% mentre quelli inferiori a 1.000 € hanno inciso mediamente per il 50%, con delle punte del 70%[9].

Lessicom Srl – ris/Proprietà – Controllo Marketing Studio odontoiatrico

SITUAZIONE PREVENTIVI NON ACC. PER GRANDEZZE

dal 01/04/2010 al 30/04/2010

Intervallo valori	< 500,00	> 500,00 < 1.033,00	> 1.033,00 < 2.583,00	> 2.583,00 < 5.165,00	> 5.165,00 < 9.813,00	> 9.813,00 < 14.978,00	> 14.978,00 < 25.832,00	...
Numero prev. non acc.	36	19	15	5	8	1	1	...
% prev. non acc.	42,4	22,4	17,6	5,9	9,4	1,2	1,2	...
Valore prev. non acc.	6.770,00	12.170,00	25.160,00	19.274,00	60.206,00	13.830,00	22.887,00	...
% valore prev. non acc.	4,2	7,6	15,7	12	37,6	8,6	14,3	...

Tab. 3

TOSCO_17x24_10_OK.indd 164 7-07-2010 14:46:33

Come si può vedere, mentre i preventivi superiori a 10.000 € a crescere incidono per l'1,2% sui non accettati, quelli inferiori a 500 € incidono per il 42,4%.
È vero che in termini di valori il 42,4% rappresenta un po' meno di 7.000 €, mentre l'1,2% dei preventivi "grandi" è pari, in un caso, a quasi 14.000 € e, nell'altro, a quasi 23.000 €.
Occorre, però, chiedersi come mai un numero così elevato di pazienti (ben 36) ritenga di non accettare un preventivo inferiore a 500 €.
Gran parte della responsabilità è del medico che ha suggerito quella prestazione; probabilmente non l'ha motivata a sufficienza e, stante il valore basso, l'ha indicata come una "cosetta" che può anche non essere fatta.
È assai probabile che il paziente abbia inteso così.
Talvolta poi, per una mal intesa attenzione a non spaventare il paziente, vengono anche utilizzati i vezzeggiativi (macchiolina, carietta ecc.) che hanno solo il risultato di sminuire l'importanza dell'intervento agli occhi del paziente. A quel punto è quasi sicuro che la segretaria non riesce a vendere il preventivo.
Se poi anche lei, sulla scia della modalità di presentazione del clinico, si limita a esibire il preventivo senza motivarlo adeguatamente, abbiamo realizzato la condizione ottimale per la mancata accettazione.

3.3 Situazione preventivi presentati e accettati per operatori.

Studio associato, 4 riuniti, 3 titolari, 3 collaboratori part time, 1 igienista full time, 2 assistenti, 1 segretaria.
Apertura: 5 gg. alla settimana

Nei casi in cui abbiamo più di un clinico che presenta i preventivi e motiva il paziente, si ritiene utile sapere la produzione acquisita da ciascun operatore. Ciò al fine di individuare chi deve svolgere, perché più bravo, questa funzione interna allo Studio, oppure nel caso in cui, trattandosi di un collaboratore, si ritenesse di valutare diversamente la percentuale da riconoscergli.
Osservando la legenda, si evince che i medici che presentano preventivi sono tutti e 6, compresi i collaboratori, anche se Bruno (m5), Verdi (m6) e Bianco (m7) hanno un'incidenza marginale. Tuttavia, i loro preventivi, seppure molto piccoli, vengono tutti accettati.
La segretaria che vende i preventivi è solo una, e sempre la stessa. Tra i titolari, Bianchi (m2) è quello che nel periodo di riferimento – in questo caso aprile 2010 – ha presentato le maggiori difficoltà. Sicuramente ci sono elementi per la discussione, tra i titolari, della necessità di apportare eventuali correzioni alle procedure applicate.

TOSCO_17x24_10_OK.indd 165 7-07-2010 14:15:07

TOSCO_17x24_10_OK.indd 166 7-07-2010 14:47:41

SITUAZIONE PREFENTIVI PRESENTATI E ACCETTATI PER OPERATORI

dal 01/04/2010 al 30/04/2010

		num.	va.
TOTALI	pres.	50	82.722,00
	acc.	44	53.635,00
	%	88	64,84

s4 Bianca
m1 Rossi
m2 Bianchi
m3 Neri
m5 Bruno
m6 Verdi
m7 Bianco

	OPERATORI																
	m1			m2			m3			m5			m6			m7		
Segretarie		num.	val.		num.	val.		num.	val.		num.	val.		num.	val.		num.	val.
s4	pres.	16	33.105,00	pres.	8	17.312,00	pres.	21	31.505,00	pres.	3	480,00	pres.	1	160,00	pres.	1	160,00
	%	32	402	%	16	20,93	%	42	389	%	6	0,58	%	2	0,19	%	2	0,19
	acc.	14	25.555,00	acc.	5	1.620,00	acc.	20	25.660,00	acc.	3	480,00	acc.	1	160,00	acc.	1	160,00
	%	31,82	47,65	%	11,36	32	%	45,45	47,84	%	6,82	0,89	%	2,27	0,30	%	2,27	0,30
TOTALE	pres.	16	33.105,00	pres.	8	17.312,00	pres.	21	31.505,00	pres.	3	480,00	pres.	1	160,00	pres.	1	160,00
	%	32	402	%	16	20,93	%	42	389	%	6	0,58	%	2	0,19	%	2	0,19
	acc.	14	25.555,00	acc.	5	1.620,00	acc.	20	25.660,00	acc.	3	480,00	acc.	1	160,00	acc.	1	160,00
	%	31,82	47,65	%	11,36	32	%	45,45	47,84	%	6,82	0,89	%	2,27	0,30	%	2,27	0,30

Tab. 4

3.4 Perdita di valori dovuta a sconti. Lo Studio è ancora quello della Tab. 4 e ha, quindi, le stesse caratteristiche strutturali. Qui si va a controllare, voce per voce, quanti sono gli sconti praticati, in quale percentuale e chi li ha applicati. Sulla questione degli sconti ci sarebbe molto da riflettere poiché costituisce un'azione priva di aspetti positivi, avendone invece molti negativi. La pratica muove dall'assunto che un cliente accetta o meno una proposta di un bene o un servizio che lui stesso richiede, perché lo faccio pagare di meno di quanto lo paga un altro paziente. Questo comportamento arcaico, ormai del tutto superato nel mondo moderno dove c'è una netta separazione tra chi produce e chi eroga il bene (al supermercato non è previsto lo sconto da richiedere a chi sta alla cassa, semmai si fanno le offerte speciali che si applicano a tutti), vale ancora per le trattative individuali, dove si tratta con il produttore del bene richiesto, oppure nell'ambito del commerciale in cui, stabilito dal venditore il prezzo finale che vuole realizzare, lo alza in modo vertiginoso per poi scontarlo fino ad arrivare a ciò che aveva previsto di ottenere. E porgendo lo sconto come un favore riservato solo a quello specifico acquirente. Ecco perché il medico non deve parlare di prezzo, e demandare tutto l'aspetto economico alla segreteria amministrativa. Perché, in questo modo, si scinde la figura dell'erogatore del servizio da chi tratta il pagamento. E la figura amministrativa, essendo prettamente tecnica, può comportarsi in modo neutro. In ogni caso, il comportamento commerciale non deve essere utilizzato in ambito clinico, perché si va a suggerire un'equivalenza diretta tra un bene materiale e il bene della salute, bene che non può essere trattato, entro certi limiti ragionevoli, con i criteri del metro economico-commerciale. L'accettazione di una cura, quindi, se ben compresa non dipende dal prezzo, ma dalla motivazione più o meno importante che ogni persona attribuisce alla sua salute. Tanto meno dipende dallo sconto. Gli aspetti negativi, invece, sono almeno tre. Primo, si perdono dei soldi senza motivo. Secondo: se il cliente è buono, si limita a considerare che l'interlocutore non sa fare i conti. Terzo: se è poco disposto alla benevolenza, pensa che l'interlocutore ci ha provato e che se non gli avesse chiesto lo sconto l'avrebbe imbrogliato per tot. decine di euro. Eppure, come nell'esempio riportato, lo sconto continua ad essere praticato da molti come un modo intelligente di costruire la fidelizzazione del paziente su argomenti come la salute. Nella parte cerchiata in alto (Tab. 5), si nota come l'importo non accettato sul totale del valore dei preventivi presentati nel periodo sia di 29.087 €. In esso il totale derivante dagli sconti è di 3.375 €, pari all'11,6%. Sulla colonna di destra, a sfondo grigio, è calcolato il valore percentuale di ognuno degli sconti applicati e l'operatore clinico che l'ha accettato. Ognuno, poi, è libero di fare ciò che vuole con i soldi suoi, ma si fa solo notare come, proiettando lo sconto complessivo del mese sull'anno (valore x 11 mesi), si ottenga un totale di sconto applicato di oltre 37.000 €: lo stipendio annuo di una dipendente, probabilmente a fronte di niente.

TOSCO_17x24_10_OK.indd 167 7-07-2010 14:15:07

perdita valori scontati o non accettati				29.087,00	100 %			
Studio		% acc.	64,8 %	11,6 %	88,4 %			
	TOT del per. analiz.	82.722,00	53.635,00	3.375,00	25.712,00			
num.	paziente	valori pres.	accettati	di cui sconto	non acc.	%		
1769	cod1	1.860,00			1.860,00		m1	Rossi
1770	cod2	1.660,00	1.660,00				m1	
1774	cod3	5.570,00			5.570,00		m1	
1775	cod4	6.755,00	6.755,00				m1	
1776	cod5	100,00	100,00				m1	
1787	cod6	290,00	250,00	40,00		-13,8	m1	
1788	cod7	12.880,00	12.880,00				m1	
1790	cod8	90,00	90,00				m1	
1802	cod9	150,00	150,00				m1	
1804	cod10	90,00	90,00				m1	
1806	cod11	100,00	100,00				m1	
1807	cod12	40,00	40,00				m1	
1808	cod13	450,00	400,00	50,00		-11,1	m1	
1809	cod14	40,00	40,00				m1	
1810	cod15	2.300,00	2.300,00				m1	
1815	cod16	730,00	700,00	30,00		-4,1	m1	
1777	cod17	550,00			550,00		m2	Bianchi
1783	cod18	300,00	300,00				m2	
1794	cod19	11.182,00			11.182,00		m2	
1795	cod20	3.960,00			3.960,00		m2	
1796	cod21	450,00	450,00				m2	
1797	cod22	790,00	790,00				m2	
1798	cod23	40,00	40,00				m2	
1799	cod24	40,00	40,00				m2	
1767	cod25	320,00	285,00	35,00		-10,9	m3	Neri
1768	cod26	90,00	90,00				m3	
1771	cod27	11.590,00	9.200,00	2390		-20,6	m3	
1772	cod28	300,00	300,00				m3	
1778	cod29	2.230,00	2.230,00				m3	
1779	cod30	150,00	150,00				m3	
1784	cod31	150,00	150,00				m3	
1785	cod32	40,00	40,00				m3	
1786	cod33	230,00	230,00				m3	
1789	cod34	40,00	40,00				m3	
1791	cod35	40,00	40,00				m3	
1792	cod36	3.645,00	3.645,00				m3	
1793	cod37	3.255,00	3.255,00				m3	
1800	cod38	255,00	255,00				m3	
1801	cod39	215,00	215,00				m3	
1803	cod40	40,00	40,00				m3	
1805	cod41	4.530,00	4.000,00	530,00		-11,7	m3	
1811	cod42	1.500,00	1.200,00	300,00		-20	m3	
1812	cod43	2.590,00			2.590,00		m3	
1813	cod44	255,00	255,00				m3	
1814	cod45	40,00	40,00				m3	
1780	cod46	140,00	140,00				m5	Bruno
1781	cod47	140,00	140,00				m5	
1782	cod48	200,00	200,00				m5	
1773	cod49	160,00	160,00				m6	Verdi
1766	cod50	160,00	160,00				m7	Bianco

Tab. 5

TOSCO_17x24_10_OK.indd 168 7-07-2010 14:15:08

3.5 Presentazione e accettazione dei preventivi per fasce di età. Ci sono delle fasce di età che sono particolarmente difficili da affrontare, altre invece che sono facilitate. Quelle più facilmente disponibili ad affrontare questioni odontoiatriche sono sicuramente quelle dell'infanzia e dell'adolescenza. L'interlocutore non è il paziente, ma un famigliare, il quale, per i bambini, è sicuramente disponibile a mettere in atto tutte le forme di prevenzione e di intervento curativo per facilitare il futuro dei piccoli.

Occorre però tenere ben presente che il linguaggio e tutta la motivazione sono rivolti all'adulto che, in quella circostanza, è particolarmente attento a tutte le spiegazioni che vengono fornite. Più difficili sono invece le fasce di età tra i 30 e i 40 anni, periodo in cui si devono affrontare tutte le grandi spese per impostare la vita: la casa, la coppia strutturata, l'avvio del lavoro e il consolidamento della carriera, il primo figlio. E difficili sono anche gli anni over 60, dove il desiderio di assestare il corpo e l'immagine di sé rivolto a rallentare l'invecchiamento si scontra, per le fasce sociali che non hanno avuto la possibilità di accumulare un tranquillo reddito e non possono investire per sé il TFR, con le difficoltà finanziarie.

Vorrebbero, ma esistono difficoltà oggettive. In questi casi occorre orientare la proposta di cura fornendo contemporaneamente linee di soluzione finanziaria, in modo da creare per il paziente un quadro positivo complessivo, non solo una soluzione strettamente tecnica perfetta, ma deleteria per la qualità della vita a venire.

Le colonne rosse indicano i preventivi presentati per quella fascia di età, quelle grigie gli accettati.

Si nota come, nel riquadro di preventivi presentati a soggetti *new*, sia maggiore il numero delle mancate accettazioni rispetto al quadro *old*. Inoltre, come i rifiutati si trovino proprio nelle fasce di soggetti in età a rischio. Situazione spostata tra i 50 e i 70 anni e, in misura, minore per i casi *old*.

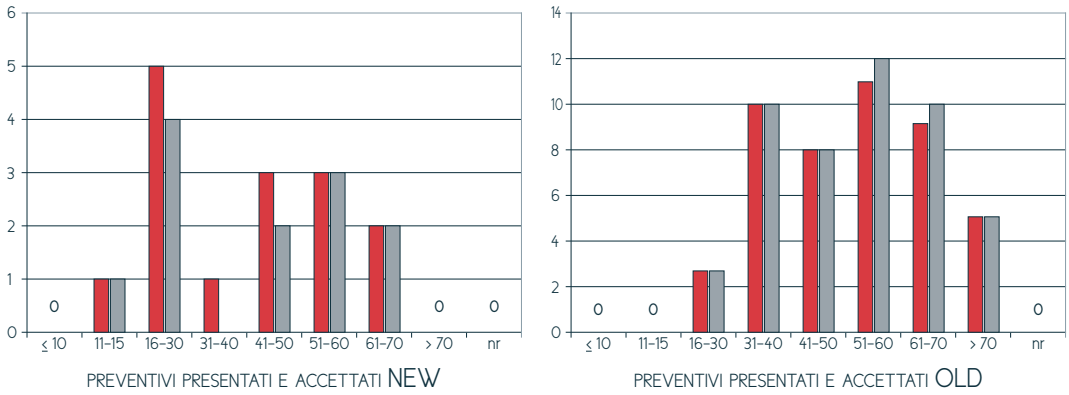


Fig. 2

TOSCO_17x24_10_OK.indd 169 7-07-2010 14:15:08

3.6 Preventivi presentati e non accettati per professione. Già si è accennato in precedenza all'importanza della professione, soprattutto a fronte del linguaggio da utilizzare. Tuttavia, è importante sottolineare anche un secondo elemento che emerge da questo quadro: l'immagine esterna dello Studio.
Ci sono delle categorie professionali, già in parte abituate all'appartenenza di club, che non hanno sostanzialmente difficoltà economiche a ricercare le prestazioni presso un professionista piuttosto che un altro, e il passa parola orienta in qualche modo la categoria di appartenenza.

Lessicom Srl – ris/Proprietà – Controllo Marketing Studio odontoiatrico

SITUAZIONE PREVENTIVI NON ACCETTATI PER PROFESSIONE

dal 01/04/2010 al 30/04/2010

	PROFESSIONI												
	1 Libero professionista	2 Casalinga	3 Impiegato	4 Commerciante	5 Imprenditore	6 Pensionato	7 Dipendente	8 Artigiano	9 Studente	10 Dirigente	11 Altro	12 Operaio	13 Non riferito
Presentati	3	0	6	4	9	0	2	11	0	3	0	11	1
Non accettati	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0
%	6,00	0,00	12,00	8,00	18,00	0,00	4,00	22,00	0,00	6,00	0,00	22,00	2,00
%	0,00	0,00	16,67	0,00	0,00	0,00	0,00	9,09	0,00	0,00	0,00	36,36	0,00

Tab. 6

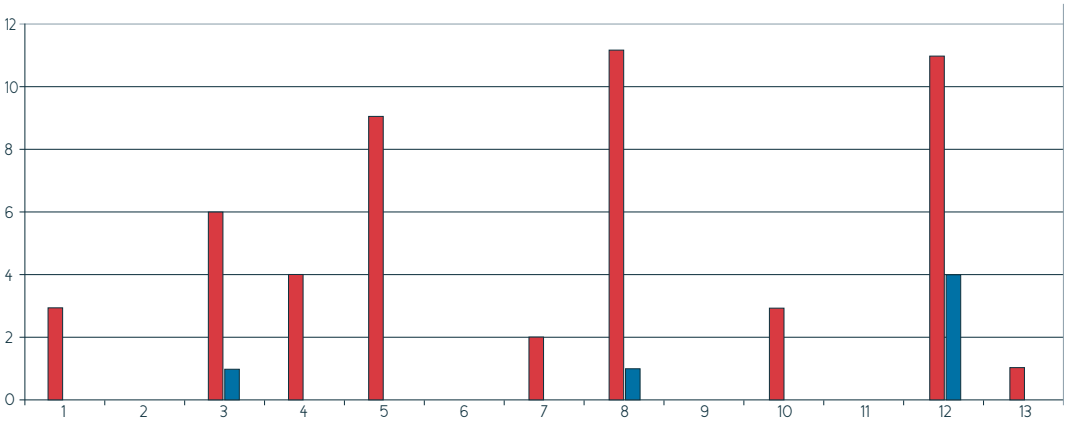


Fig. 3

TOSCO_17x24_10_OK.indd 170 7-07-2010 14:15:08

Le professioni che indicano l'immagine dello Studio sul territorio sono: libero professionista (1); imprenditore (5); dirigente (10). Nell'esempio presentato troviamo tutte queste categorie, alcune anche con un numero consistente (9 imprenditori) e tutte hanno accettato il preventivo proposto.

3.7 Preventivi *new* e *old* presentati e accettati per mese e per anno. A partire dal 13° mese di rilevamento si può iniziare a confrontare l'andamento dell'attività di acquisizione di produzione dell'anno in corso con lo stesso mese dell'anno precedente. Il vantaggio apportato all'attività è evidente e si pone su due piani. Uno, su quello del trend di andamento: l'attenzione al confronto dello stesso periodo dell'anno precedente facilita il controllo e agisce eventualmente da stimolo sugli operatori.
L'altro, è su quello psicologico, andando ad abbattere la sindrome da poltrona vuota, spesso senza motivo, perché non è detto che minor tempo trascorso al riunito significhi minor produzione acquisita da trattare: 30.000 € di produzione si possono acquisire con trenta preventivi accettati da 1.000 € l'uno o con tre preventivi accettati da 10.000 € ciascuno.
Ma nel secondo caso il titolare passa sicuramente meno tempo alla poltrona che non nel primo. Dall'esempio si vede come, rispetto al 2009, gennaio 2010 sia stato +43,9%, febbraio -22,8%, marzo -35,1%, aprile +26,7 (Tab. 7).
Se non si controlla effettivamente con i numeri alla mano, un simile andamento può generare paura di decrescita. Si innesca direttamente la sindrome "aiuto va male" e l'agenda ha dei buchi per assenza di lavorazioni. Siccome esistono spazi vuoti, allora si deduce che sono diminuiti i preventivi.
Invece, l'impressione è sbagliata. E lo si deduce nella successiva tabella analitica che descrive l'andamento algebrico del valore delle produzioni acquisite attraverso i preventivi accettati.

3.8 Scostamento diacronico dei preventivi *new* e *old* accettati. Ha sicuramente inciso l'inizio molto più consistente in gennaio che ha assorbito la caduta di febbraio e attutito la minore acquisizione di marzo.
Tuttavia, aprile ha invertito la situazione e quindi non solo la produzione non è diminuita, confrontando i due anni al mese di aprile, ma è addirittura aumentata.
Non di molto, ma comunque è migliore del 2009. Psicologicamente è un dato tranquillizzante, che va a correggere l'impressione distorta di caduta verso il basso.
L'altro elemento che l'analisi permette, è la verifica dell'andamento della presentazione numerica dei preventivi. Ciò è fornito dalla Tab. 9 e dalla Fig. 4.

TOSCO_17x24_10_OK.indd 171 7-07-2010 14:15:08

PREVENTIVI PRESENTATI E ACCETTATI NEW E OLD

	Studio dentistico													
	2010													
	numeri						valori							
	presentati			accettati			presentati			accettati			'09 su 2010	TOT acc. '09
	new	old	TOT	new	old	TOT	new	old	TOT	new	old	TOT		
gen.	10	18	28	9	16	25	79.999,00	27.025,00	107.024,00	71.753,00	20.105,00	91.858,00		63.828,00
%	35,7	64,3		36,0	64,0		74,7	25,3		78,1	21,9		43,9	
feb.	3	19	22	2	16	18	6.264,00	59.431,00	65.695,00	4.405,00	40.165,00	44.570,00		57.768,00
%	13,6	86,4		11,1	88,9		9,5	90,5		9,9	90,1		-22,8	
mar.	12	21	33	9	20	29	28.887,00	26.894,00	55.781,00	18.249,00	26.595,00	44.844,00		69.045,00
%	36,4	63,6		31,0	69,0		51,8	48,2		40,7	59,3		-35,1	
apr.	9	13	22	7	12	19	14.274,00	52.792,00	67.066,00	9.367,00	50.982,00	60.349,00		47.627,00
%	40,9	59,1		36,8	63,2		21,3	78,7		15,5	84,5		26,7	
mag.														27.467,00
%														
giu.														75.960,00
%														
lug.														57.011,00
%														
ago.														0,00
%														
set.														48.268,00
%														
ott.														39.208,00
%														
nov														72.979,00
%														
dic.														19.413,00

Tab. 7

TOSCO_17x24_10_OK.indd 172 7-07-2010 14:50:02

SCOSTAMENTO PREVENTIVI PRESENTATI E ACCETTATI NEW E OLD

	Studio dentistico												
	2010												
	numeri						valori						
	presentati			accettati			presentati			accettati			Scostamento progressivo
	new	old	TOT	new	old	TOT	new	old	TOT	new	old	TOT	
gen.	-1	-1	-2	3	-3		58.936,00	-24.271,00	34.665,00	57.684,00	-29.654,00	28.030,00	28.030,00
%	-9,1	-5,3	-6,7	50	-15,8		279,8	-47,3	47,9	410	-59,6	43,9	
feb.	-9	4	-5	-10	1	-9	-19.953,00	27.880,00	7.927,00	-21.812,00	8.614,00	-13.198,00	14.832,00
%	-75	26,7	-18,5	-83,3	6,7	-33,3	-76,1	88,4	13,7	-83,2	27,3	-22,8	
mar.	-2	2		-4	1	-3	5.971,00	-20.955,00	-14.984,00	-2.947,00	-21.254,00	-24.201,00	-9.369,00
%	-14,3	10,5		-30,8	5,3	-9,4	26,1	-43,8	-21,2	-13,9	-44,4	-35,1	
apr.	-5	2	-3	-2	3	1	-56.566,00	10.442,00	-46.124,00	-1.946,00	14.668,00	12.722,00	3.353,00
%	-35,7	18,2	-12	-22,2	33,3	5,6	-79,9	24,7	-40,7	-17,2	40,4	26,7	
mag.													
%													
giu.													
%													
lug.													
%													
ago.													
%													
set.													
%													
ott.													
%													
nov													
%													
dic.													

Tab. 8

TOSCO_17x24_10_OK.indd 173 7-07-2010 14:50:02

3.9 Preventivi presentati per mese e per anni successivi.

presentati	0	0	124	179	34	71
	2008		2009		2010	
	new	old	new	old	new	old
gennaio			11	19	10	18
febbraio			12	15	3	19
marzo			14	19	12	21
aprile			14	11	9	13
maggio			13	18		
giugno			8	14		
luglio			13	11		
agosto						
settembre			12	19		
ottobre			8	22		
novembre			11	22		
dicembre			8	9		

Tab. 9

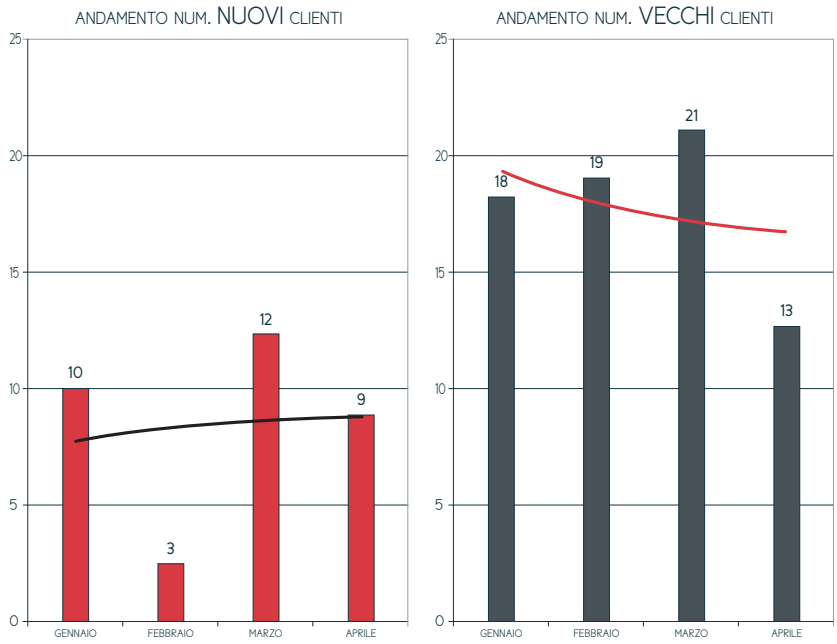


Fig. 4

TOSCO_17x24_10_OK.indd 174 7-07-2010 14:15:08

Il primo dato interessante è fornito dai numeri dei preventivi presentati. Complessivamente, la differenza tra i primi 4 mesi del 2009 e quelli del 2010 è di -10, un dato sostanzialmente irrilevante (pari a 2,5 preventivi al mese).
Guardando la tipologia dei pazienti, vediamo che effettivamente i preventivi *new* risultano diminuiti nel confronto tra i due anni (51 nel 2009 e 34 nel 2010), ma sono bilanciati dalla inversa situazione dei pazienti *old* (64 nel 2009 e 71 nel 2010).
L'applicazione delle tecniche di attenzione al paziente, che già abitualmente dà frutti positivi, funziona molto meglio in condizioni di paura e preoccupazione sociale diffusa.
Averne conferma dai dati permette allo Studio di insistere su questa strada.
L'analisi permette di disegnare la strategia e la tattica.
I grafici, con le rispettive linee logaritmiche di tendenza, rendono meglio anche visivamente il trend positivo, soprattutto sui pazienti old (la tendenza verso il basso della linea è determinata dalla pesante incidenza del dato di aprile, ma si tratta di 1 mese su 4).

Esistono poi molte altre tabelle che vengono ricavate, scendendo mese per mese in modo più approfondito su aspetti specifici, in particolare sull'andamento dell'acquisizione dei valori ma, per quanto riguarda gli esempi pratici, quelle selezionate risultano sufficientemente esplicative.

4. A cosa serve l'analisi-dati dei preventivi presentati e accettati

- Fornisce il trend di andamento dello Studio e, quindi, permette di avere un quadro tendenziale sui dati reali di acquisizione del lavoro. Se necessario, permette di apportare i correttivi per raggiungere il budget prefissato, sia per coprire i costi della struttura sia per prevedere l'utile tendenziale a fine anno;
- permette di individuare i settori di specializzazione sottodimensionati rispetto ad altri e, quindi, di valutare se è il caso di puntare maggiormente su certe direzioni anziché solo su altre;
- permette di valutare il tasso di fidelizzazione trasmesso ai pazienti sulla base del trend di pazienti *old* che si ripresentano in Studio per risolvere i nuovi problemi di patologie dentali insorte nel frattempo;
- permette di valutare il trend di sviluppo dello Studio in base all'afflusso di pazienti *new* e, contemporaneamente, di considerare il mantenimento del pacchetto clienti con nuovi soggetti che vanno a sostituire la fisiologica dimissione di pazienti *old*;
- permette di valutare il numero assoluto di preventivi presentati in un

TOSCO_17x24_10_OK.indd 175 7-07-2010 14:15:08

periodo, anche se talvolta il numero in sé può indurre a valutazioni non corrette. Tre preventivi da 10.000 € danno lo stesso risultato in acquisizione contratti di trenta preventivi da 1.000 €. Ma costano allo Studio infinitamente meno. Tuttavia, è proprio questa una delle situazioni in cui occorre tenere i numeri sotto controllo. Se diminuiscono i preventivi presentati e accettati, ottengo come risvolto operativo che l'agenda è meno satura, e ciò tende a innescare, o ad aumentare, la sindrome da poltrona vuota. Occorre quindi valutare bene che la diminuzione dei preventivi non generi minore produzione acquisita;

- permette di valutare il tasso di sconti applicati ai pazienti e quindi la capacità di resistenza alla normale richiesta di abbattimento del prezzo del preventivo;
- permette di valutare il tasso di accettazione dei preventivi, la tipologia dei soggetti che non accettano i preventivi, la tipologia dei preventivi non accettati;
- permette di cogliere l'ammontare dei valori non acquisiti nell'arco di un tempo determinato;
- permette di tarare le modalità di presentazione dei preventivi sulla base dei risultati positivi o delle sofferenze emergenti;
- permette, a partire dal secondo anno di analisi mensile, di confrontare l'andamento dell'attività di acquisizione contratti rispetto allo stesso periodo dell'anno (e del mese) precedente e di intervenire con le opportune correzioni;
- può servire come documentazione da esibire presso istituti di credito in caso di richiesta di finanziamenti per necessità aziendali.

5. Conclusione

L'obiettivo verso cui sono necessariamente destinate, seppure in alcuni casi *obtorto collo*, le professioni che erogano quella categoria di beni immateriali che sono i servizi alla persona, è quello di accettare di organizzare la propria struttura operativa come azienda. L'alternativa, per chi non si adegua, è l'estromissione dal mercato in tempi relativamente brevi.

Naturalmente non esiste un unico modello di organizzazione, sia in senso sincronico (la coesistenza di più modelli nello stesso periodo storico e nella stessa area geografica e culturale) sia in senso diacronico (i modelli attuali saranno quelli che dureranno nel tempo).

È anzi assai probabile che non sia così. In una realtà globale in cui tutto si evolve in tempi sempre più rapidi, si è costretti in qualche modo a realizzare oggi qualcosa che è già in gran parte passato e a prefigurare, al contempo,

TOSCO_17x24_10_OK.indd 176 7-07-2010 14:50:35

il futuro come un qualcosa che, appena raggiunto, avrà in sé i germogli del suo superamento.
Il cambiamento, che nel mondo che abbiamo conosciuto e a cui ancora apparteniamo si realizzava con i ritmi dei cicli dell'anno e della vita, acquista oggi i ritmi del digitale: ogni innovazione porta con sé i germi della sua sostituzione.
Ma almeno tre punti – qualunque modello organizzativo si intenda adottare – devono restare come cardine nel cambiamento.
Il primo è il dovere di far coesistere le caratteristiche dell'efficacia con quelle dell'efficienza, perché un'impresa in cui operano soggetti colti e preparati è sicuramente in grado di rispondere con efficacia ai bisogni espressi dall'utenza (lo è molto meno dal punto di vista dell'efficienza, qualunque sia l'ambito in cui si esprimono le professioni).
Il secondo è che non basta la buona volontà o l'adesione emotiva alla professione per esprimere efficienza come conseguenza logicamente obbligata. Servono strumenti scientifici, ad oggi scarsamente considerati dagli operatori delle professioni per i servizi alla persona e, a monte, dalle istituzioni che mirano a formare tali operatori.
Il terzo è il riconoscimento, da parte degli operatori delle professioni, della necessità di aprire le porte delle loro aziende ai detentori di altre conoscenze, proprie della gestione e dell'organizzazione delle strutture produttive.
Il tempo della collaborazione interdisciplinare, come ormai hanno fatto tutte le altre aziende, è giunto anche per il mondo delle professioni.

TOSCO_17x24_10_OK.indd 177 7-07-2010 14:15:09

Note capitolo 10

1. Qualcos'altro, magari di grande valore professionale e sociale come possono essere l'associazionismo o il volontariato, ma non un'attività aziendale.
2. Cfr. Serge Latouche, economista e filosofo francese.
3. Poiché, fermo restando che l'obiettivo è sempre e comunque l'erogazione della massima qualità, si ritiene che si debba mirare – nel concreto – alla qualità massima possibile. Mirare alla massima qualità teorica si traduce, a fronte di certe condizioni di lavoro, al rifiuto certo del trattamento per l'oggettiva impossibilità finanziaria di sostenerlo. Certe professioni che presuppongono una scolarità molto elevata richiedono dal medico che fa la visita un linguaggio assai diverso da chi ha bassa scolarità. Altre professioni che richiedono continue decisioni in tempi brevi, ad esempio gli imprenditori, i professionisti, i dirigenti, obbligano chi presenta il preventivo ad essere sintetico e veloce, sulla scia delle abitudini dell'interlocutore.
4. Stante anche l'abitudine, ancora assai diffusa, di non richiedere il pagamento della visita, che è, in ogni caso, una prestazione di alto livello erogata da uno specialista.
5. Il più delle volte sfugge l'importo complessivo che risulta a fine anno, poiché è costituito da tante piccole cifre che, prese singolarmente, sono sottovalutate, ma che sommate portano a dati consistenti.
6. Le tabelle e i grafici che scaturiscono ogni mese dall'analisi dei dati rilevati non sono tutti presentati. Qui vengono utilizzati solo gli esempi più significativi, precisando ogni volta tutte quelle informazioni che permettono la miglior comprensione del quadro esposto.
7. Uno Studio che applica le procedure corrette nella presentazione dei preventivi dovrebbe, dopo un tempo fisiologico di adattamento comunque non superiore a un anno, rimanere sempre sopra l'80% dei valori complessivi presentati.
8. Occorre chiarire che cosa si intende per preventivo. Infatti, spesso vengono intesi come preventivi solo quelli che scaturiscono dalle prime visite: è evidente che, in questo senso, i preventivi non sono molti e l'operatore ha l'impressione di avere sotto controllo la situazione. Ma i preventivi, in senso aziendale, sono tutte le azioni che generano un'aspettativa di entrata a fronte di qualcosa, materiale o immateriale, che un cliente richiede e che gli viene fornito. Quindi, nello specifico, tutto ciò che va dall'intervento di urgenza fino alla carie individuata durante un trattamento in corso, a ciò che eventualmente viene rilevato durante una seduta periodica di detartrasi. E questi preventivi sono molti di più e sono quelli che possono sfuggire al controllo della segreteria. Ma ognuno di essi deve essere registrato come preventivo, gli deve essere attribuito un valore di produzione e occorre stabilire, come per tutti gli altri casi considerati più importanti, una modalità di pagamento.
9. Non abbiamo a disposizione dati diversi da quelli che ricaviamo dal nostro pacchetto clienti, i quali per altro, seppure in numero significativo, non rappresentano un campione perché non sono stati (ovviamente) selezionati a quello scopo né, tanto meno, rappresentano l'universo. Però, possiamo dire che sono distribuiti su tutto il territorio nazionale, che toccano tanto Studi che hanno un rilevante numero di riuniti, quanto altri che ne hanno due, alcuni con un gran numero di clinici specializzati in branche diverse dell'odontoiatria e altri monoprofessionali. La caratteristica che li accomuna tutti è la convinzione che l'organizzazione aziendale dello Studio odontoiatrico sia la strada per la crescita e lo sviluppo, oltre che essere, in questo periodo, un valido supporto per affrontare il difficile cambiamento in atto.

TOSCO_17x24_10_OK.indd 178 7-07-2010 14:15:09

Appendice

La qualità percepita: il metodo in un case history (prima parte)

F. Tosco

Un conto è mirare a svolgere una professione con l'obiettivo della qualità e possibilmente dell'eccellenza, altra cosa è fare in modo che i clienti percepiscano la qualità erogata. In particolare è sbagliato pensare che, siccome l'operatore sa che la qualità della sua prestazione è elevata, ne consegue che i fruitori se ne devono necessariamente accorgere. Ciò vale soprattutto in quei campi dove, sia per motivi culturali sia per motivi di distanza dall'esperienza di vita quotidiana, la percezione della qualità insita in ciò che si riceve è oggettivamente difficile e, a volte, addirittura impossibile; ad esempio, quando è necessario avere conoscenze dei materiali utilizzati, o avere delle nozioni dei comportamenti dei tessuti organici o, ancora, possedere dei saperi del decorso delle patologie o delle conseguenti cure.

Nei momenti di difficoltà economica, quando si ritiene necessario misurare con attenzione ciò che viene destinato all'acquisto di un bene o alla risposta ad un bisogno, materiale o immateriale che sia, l'attenzione viene portata su ciò che si considera più corretto nel rapporto costo-beneficio. Si mira a investire su ciò che è ritenuto più durevole e di qualità migliore. Ma, se la qualità è intrinsecamente poco nota o sconosciuta, gli indicatori generalmente più utilizzati per individuarla sono il passa parola, l'impressione generale, il rimo impatto, la cosiddetta opinione pubblica o il pensiero diffuso sul territorio1.
È questo il caso dell'odontoiatria. L'utente non dispone generalmente degli strumenti atti a entrare nello specifico tecnico della prestazione ricevuta. Utilizza quindi, scegliendo uno studio piuttosto che un altro e accettando o meno il piano di cura proposto, gli strumenti indicatori di cui al paragrafo precedente. Credo che lasciare agli utenti solo questi indicatori rappresenti un rischio eccessivo, specie in questo periodo, per il professionista titolare di uno studio. Occorre intervenire per suggerire, integrare, modificare, sviluppare la percezione della qualità fornita al paziente in maniera più profonda.

C'è chi ritiene che si possa fare utilizzando la pubblicità tradizionale. Sul mezzo televisivo non si è ancora giunti in modo intensivo, ma sulla carta stampata la presenza è notevole. Alcuni gruppi lanciano sms al pubblico generico. Un gran numero di siti fanno, più o meno correttamente, offerte pubblicitarie, promozionali e svendite mutuando il metodo da altri settori merceologici. Altri ancora organizzano auto-interviste su pubblicazioni varie in funzione della promozione dei loro studi. Io non credo che questi strumenti, sempre costosi, abbiano un ritorno significativo e che raggiungano l'obiettivo di sviluppare la percezione della qualità nei pazienti.

La pubblicità tradizionale, infatti, pone al primo posto la questione del prezzo. Ed è su di esso che agisce quando vuole attrarre nuova clientela o conservare il pacchetto-clienti già raggiunto. Ma chi applica lo strumento tradizionale al "prodotto-salute", agendo sul prezzo non ha, secondo me, riflettuto a sufficienza sul prodotto specifico. Chi si sottopone a una cura medica, odontoiatria compresa, ha l'obiettivo di guarire. Quindi mette al primo posto la qualità, non il prezzo. Ed è su di essa che l'erogatore deve focalizzare l'attenzione. Non nel senso che deve solamente vendere un prodotto di qualità -aspetto che do per scontato- ma nel senso che l'acquirente deve percepire il valore della cura in modo da trovare logico accettarla. Lo strumento che deve utilizzare il fornitore, il dentista in questo caso, è la motivazione alla cura trasmessa dal clinico al cliente. Ciò vale soprattutto in momenti di

riduzione della capacità di spesa. L'acquirente, che vuole essere curato ma che oggi dispone di un budget insufficiente a coprire tutti gli acquisti di beni finora affrontati, deve entrare in possesso di strumenti motivazionali che gli permettano di fare l'operazione, niente affatto facile, di ridefinire la propria scala di importanza dei bisogni. Deve ridisegnarla per andare a sostituire la spesa abituale per altri acquisti -a cui magari era abituato- con la spesa necessaria per curarsi la salute. E tutti sappiamo bene la resistenza che si genera in ognuno di noi quando si devono sostituire dei comportamenti abituali, per di più gradevoli e gratificanti, con altri sicuramente meno gradevoli nell'immediato. Dunque, la motivazione[2].

La percezione della qualità del prodotto

L'obiettivo della motivazione, ciò che poi farà scattare l'adesione alla cura proposta, è la percezione della qualità del prodotto che si genera nell'acquirente. Se ottiene un prodotto di qualità, soprattutto nel caso della salute, l'acquirente avrà gli strumenti concettuali ed emozionali per modificare la scala dell'importanza dei suoi bisogni. E quindi dirotterà quanto gli serve per essere curato, rinunciando a destinarlo a quelle risposte che è abituato ad avere in condizioni di normalità economica e finanziaria. Naturalmente, per poter essere incisivi sulla percezione della qualità da parte dei clienti, per correggerne le distorsioni e sottolineare gli elementi positivi, occorre sapere che cosa pensano. E quindi occorre rilevarlo. Con strumenti scientifici adeguati. Lo strumento da noi utilizzato è il rilevamento tramite questionario, con domande mirate a conoscere in modo sempre più approfondito il giudizio sullo Studio che i pazienti si sono costruiti nel tempo.

I passaggi successivi di affinamento sono tre:
- Somministrazione del questionario più generale di Customer satisfaction ed elaborazione e analisi delle risposte, a cui rispondono una tantum tutti i pazienti che accedono alla studio nell'arco di tre/quattro mesi. Il questionario è distribuito dalla segreteria e compilato direttamente in Studio. I risultati devono ritornare, in forme diverse, ai pazienti.
- Successiva somministrazione del questionario direttamente mirato alla qualità percepita. Viene compilato da ogni paziente ogni volta che si reca nello studio per un trattamento, per un periodo di tre/quattro mesi. Le risposte devono essere fornite ogni volta, perché la percezione può essere diversa anche se l'operatore clinico o le risorse umane di segreteria e del clinico posso restare gli stessi.
- Elaborati e analizzati i dati, si procede a un terzo momento di affinamento su quegli aspetti che sono rimasti maggiormente generici e che non permetterebbero, quindi, di intervenire con adeguati strumenti per sviluppare nel paziente la percezione della qualità erogata. Con alcuni dei nostri clienti abbiamo iniziato a utilizzare, dopo averlo messo a punto e testato, un questionario di rilevamento della qualità percepita che si è rivelato molto utile. Le risposte sono analizzate mensilmente e poi discusse, con la stessa frequenza, con il titolare.

1. Il questionario è somministrato a tutti i pazienti in cura, ogni volta che ricevono un trattamento, fatta eccezione per la prima visita[3].
2. Una parte compete alla segreteria ed è compilata con dati già rilevati in precedenza[4] che sono: da quanti anni è cliente dello studio, sesso, età, scolarità, stato civile, luogo di residenza, situazione lavorativa, professione svolta.
3. Altra parte, sempre di competenza della segreteria: codice dell'operatore clinico che ha erogato la prestazione (medico o igienista), specializzazione clinica affrontata in quella seduta, assistente che ha affiancato il clinico, segretaria che ha ricevuto il paziente.

4. Le risposte del paziente, sempre su domande a risposta chiusa e in numero non superiore alla decina, sono direttamente rivolte a rilevare il livello di soddisfazione percepito durante il trattamento.
5. Le risposte sono espresse dal paziente al termine della seduta e prima di essere accompagnato dall'assistente presso la segreteria.
6. Il questionario è, ovviamente, anonimo.

Questo è un metodo. Se ne possono individuare altri. Ma, in ogni caso, si devono tener ben presenti due punti fissi:

- la percezione della qualità da parte dei pazienti è un aspetto della professione che non può più essere sottovalutato;
- non si può utilizzare la propria sensazione come sufficiente strumento di lettura della percezione che i pazienti hanno della prestazione ricevuta. Occorrono strumenti mutuati da altre scienze che affianchino l'operatore medico e gli forniscano quelle risposte che la sua specializzazione clinica non gli può dare.

Un caso sul territorio[5]

Primo intervento: rilevamento di custode satisfaction[6]

Il primo momento è stato indispensabile. Ha permesso di avere una piattaforma di conoscenza reale, non solo per "impressioni", del giudizio formulato dai pazienti dello studio sulle varie componenti strutturali e cliniche[7]. Il questionario di rilevamento dati relativo alla customer satisfaction è stato somministrato a tutti i pazienti che si sono recati in Studio per una qualsivoglia prestazione, fatta eccezione per le prime visite, nel periodo di circa 4 mesi tra settembre 2008 e gennaio 2009. Si riportano di seguito alcuni elementi indicatori dell'atteggiamento di coloro che hanno risposto al questionario. L'azione è stata presentata come una richiesta di collaborazione per migliorare il servizio e ha generato un tasso molto elevato di adesione alla compilazione del questionario.

1. Indicazioni generali emerse dal rilevamento di custode satisfaction

1. I questionari restituiti compilati sono stati 687. In base al sesso, i clienti dello studio risultano di significativa prevalenza femminile, essendo di difficile collocazione il 12,8% di non risposte.
2. L'età prevalente interessa un pubblico adulto (42,5%) compreso tra i 31 e i 45 anni, un successivo 23,7% tra i 16 e i 30 anni seguito dal 22,1% tra i 46 e i 60. Praticamente assenti bambini e adolescenti e poco significativa la fascia oltre i 60 anni.
3. Il tasso di scolarizzazione è medio alto, con un 12,4% di laureati o con diploma di laurea. Il 53,3% ha raggiunto la maturità o un diploma professionale e il 26,5% le sole medie inferiori.
4. Interessante il numero dei soggetti che si dichiara libero (32,5%); la percentuale è ancor più significativa se si tiene conto della relativa influenza di clienti al di sotto dei 30 anni. Inoltre se si considerano anche i separati e/o divorziati e i vedovi raggiungiamo quasi il 35%.

Si sottolinea come lo studio, non collocato nell'area urbana, viva in un modello di relazioni vicino a quello agricolo (61,3% di nuclei famigliari in cura), anche se con degli aspetti da metropoli: single, prevalenza soggetti di mezza età, più elevata presenza femminile, reddito medio (come desumibile dalle professioni), scolarità media superiore tendente alla medio-alta.

5. Il 50% circa del target ha dei figli.

6. Il 74,1% dei clienti è arrivato su consiglio di conoscenti e/o di famigliari (dato particolarmente importante per valutare il giudizio sulla qualità fornita) mentre solo il 4,9% su consiglio di un medico. Si conferma ulteriormente che nei servizi professionali la clientela si orienta sul passaparola.
7. La provenienza è sostanzialmente dall'area che ruota attorno a Como, Lecco e Milano, con provenienza marginale dalla provincia.
8. Circa l'82% dispone di un reddito (di essi il 70,6% è occupato). Particolare attenzione va posta ai pensionati (11,6%) e alla loro particolare disponibilità economica. Le professioni prevalenti esprimono un reddito medio: impiegati, dipendenti pubblici e casalinghe. Esiste poi un interessante settore di redditi alti e di lavoratori autonomi.
9. La durata della fruizione media dei servizi dello studio è molto alta: 13 anni circa con un picco collocato tra i primi 10 anni.
10. La qualità delle prestazioni è stata definita dal 60% dei pazienti come superiore alla norma. Il dato, sommato alla risposta del massimo possibile, ci porta a una descrizione della massima qualità dell'81,5%.
11. Il 95,1% dichiara che è giusto cercare professionisti che offrono il massimo della qualità e la percentuale di soggetti che rispondono a questo requisito, non offrono un corretto rapporto tra qualità e prezzo, a prezzi più cari della concorrenza e valutazione del costo della qualità maggiore per il professionista è elevato. Si può ritenere che i clienti non siano andati a verificare presso altri studi per stabilire dei confronti o, in qualche caso, che il prezzo del servizio richiesto non sia il problema principale.
12. Il gradimento degli operatori clinici è molto elevato (in alcuni casi oltre il 90%). Comunque mai inferiore all'85%.
13. La presentazione del Piano di Cura è precisa e comprensibile. Non è così soddisfacente la questione del preventivo. È proposto in modo chiaro, preciso e professionale ma si sottolineano problemi di privacy, di non sempre adeguata attenzione ai problemi finanziari e qualche difficoltà a individuare nel soggetto presentatore la persona più adeguata.
14. Sono quasi tutti favorevoli (92%), a concordare tempi e modi di pagamento al momento dell'accettazione del preventivo. Tra le modalità di pagamento, l'orientamento è per la forma di anticipo + rate variabili ad avanzamento lavori.
15. I clienti sembrano poco interessati al finanziamento bancario per le cure odontoiatriche (anche se non è da sottovalutare il 22,6%). Tuttavia appena il 33,9% è a conoscenza che lo studio offre tale possibilità.
16. Le procedure di disinfezione sono note a poco più del 50% dei pazienti.
17. Il 96,4% dei clienti consiglierebbe lo studio ad altri.
18. La conoscenza dell'igiene orale, nelle dinamiche di causa ed effetto di malattie generali e dentali, rivela una sostanziale chiarezza nel target.
19. Sono pochi a conoscere tutte le specializzazioni praticate nello studio e la maggior parte è informata solo della conservativa, dell'endodonzia, della protesi e dell'igiene per averle sperimentate direttamente. Occorre affrontare la questione dell'informazione al target.
20. Gli orari e la disponibilità del servizio sono apprezzati.
21. Gli utenti sono ampiamente disponibili a ricevere informazioni, anzi, le desiderano.
22. Molti gli aspetti positivi direttamente sottolineati (in particolare la professionalità), pochi e poco significativi quelli negativi, a eccezione delle lunghe attese.

2. Utilizzo delle informazioni fornite dall'elaborazione dei dati di customer satisfaction

I risultati sono stati utilizzati su fronti diversi[8].

1. All'interno dello studio:

- per la discussione con gli operatori dello studio, al fine di avere una maggiore conoscenza di che cosa pensano i pazienti di ognuno di loro e procedere eventualmente a momenti di formazione mirata;
- per l'eventuale introduzione delle variazioni suggerite dai pazienti.

2. Nel rapporto con i pazienti:

- newsletter di commento e di valutazione, distribuita o inviata ai pazienti;
- indicazione dell'attuazione delle eventuali variazioni suggerite dai pazienti;
- serata di presentazione dei risultati a tutti i pazienti, con la proiezione di tavole selezionate dei risultati e commento dell'analista[9];
- avvio della ricostruzione in chiave attuale del sito web, con la rivalutazione dello strumento informatico quale abituale canale di relazione input-output tra i medici e i pazienti.

Note:

1 Nella nostra società è la pubblicità lo strumento che mira a orientare l'acquirente in una direzione piuttosto che in un'altra. E lo fa enfatizzando gli indicatori citati attribuendo loro un valore oggettivo (*se la "gente" la pensa così, vuol dire che è vero!)*, o ripetendo all'infinito il messaggio. O accreditando il mezzo (*ciò che dice la televisione è vero!)* e poi utilizzando il mezzo accreditato per accreditare il messaggio (*lo dice la televisione, dunque è vero)*. O utilizzandone due contemporaneamente: ripetendo all'infinito il messaggio sul mezzo accreditato. A volte utilizzandone tre o più: canale tv, messaggio reiterato, target mirato (casalinghe, bambini, pubblico generico, ecc.), numero potenziale di utenti raggiunti, ipotetico orientamento ideologico (trasmissioni particolari su canali televisivi determinati), ecc. Più un mezzo è accreditato, maggiore è il potere di attrazione della veicolazione pubblicitaria. Quando un mezzo, per motivi vari, scende sulla scala dell'accreditamento, diminuisce di conseguenza l'investimento pubblicitario su quel mezzo.

2 In genere tutti sono convinti di condurre bene la motivazione del paziente alla cura. Appartiene a quelle capacità che tutti ritengono di possedere, come il buon senso (cfr. René Descartes**,** *Discours de la méthode pour bien conduire sa raison, et chercher la vérité dans les sciences Plus la Dioptrique, les Meteores, et la Géométrie qui sont des essais de cette Méthode,* dove l'A. afferma: « Le bon sens est la chose du monde la mieux partagée; car chacun pense en être si bien pourvu, que ceux même qui sont les plus difficiles à contenter en toute autre chose n'ont point coutume d'en désirer plus qu'ils en on »). Se poi il paziente non accetta di farsi curare nello studio in cui ha fatto la visita ma accetta lo stesso trattamento in un altro, allora si cercano delle spiegazioni esterne all'azione di vendita anziché all'interno, tralasciando di riflettere su come l'operazione è stata condotta. Si ipotizzano le motivazioni più varie e talvolta si oscura il dato evidente: se quella persona va da un dentista (e quindi gli attribuisce fiducia a priori), e vuole essere curata (quindi sa di avere un bisogno a cui vuole rispondere) e poi, alla fine della visita, non accetta la cura, la causa può solo trovarsi nella motivazione fornita. Si è, cioè, commesso qualche errore. Ai quali è possibile porre rimedio perché in fondo si tratta di acquisire, accanto alla propria professionalità clinica, delle tecniche relazionali. Ma non porta vantaggio alcuno attribuire la responsabilità al destino cinico e baro di saragattiana memoria.

3 Rilevare tutti i pazienti, ogni volta che si sottopongono ad una seduta, può risultare eccessivamente gravoso se i pazienti trattati quotidianamente sono un numero rilevante e gli operatori clinici, tra medici e igienisti, sono di conseguenza molti. È opportuno, in questo caso, riservare il rilevamento della percezione a un settore clinico (ad esempio all'igiene, all'ortodonzia, alla conservativa ecc.) o a pochi operatori clinici che si ritengono essere particolarmente significativi.

4 In una struttura organizzata, questi dati fanno parte delle informazioni richieste con l'avvio del rapporto tra lo studio e il cliente. Se così non fosse, anche rilevarle durante la compilazione del questionario non richiederebbe più di uno o due minuti.

5 Il *case history* riguarda quanto realizzato finora nello studio Rossini di Monguzzo (Co), studio con il quale stiamo collaborando da tempo. (cfr. www.rossiniodontoiatri.it – fb: "studio rossini odontoiatri"). L'utilizzo di questi dati è stato concesso dal titolare dott. Michele Rossini. Il dott. Rossini ha pubblicato un articolo di sintesi finale sul rilevamento del *customer satisfaction* e dell'uso che è possibile farne, sulla propria newsletter abitualmente inviata ai pazienti. L'articolo è visibile al seguente indirizzo web: http://www.lessicom.it/wp-content/uploads/2010/07/customer-satisfaction-nello-studio-odontoiatrico1.pdf.

6 Il questionario e il modello di database dei dati rilevati, la metodologia di elaborazione e l'analisi dei dati sono stati realizzati da Lessicom srl. Referenti interni allo Studio per la gestione della distribuzione e del ritiro dei questionari: Paolo Noseda, Direttore Generale e coordinatore, con il supporto di Sonia Katia Sgardello e il personale di segreteria. Programma per l'elaborazione dei dati: SPSS.

7 La *customer satisfaction* somministrato in una struttura qual'è lo studio odontoiatrico, e quindi tradotto in un evento che mira a coinvolgere tutti i pazienti, è stato realizzato per la prima volta, a mia conoscenza, presso la struttura del dott. Ezio Costa a Lugagnano (Vr). (cfr. www.studiocosta.dntt.it – fb: "ezio costa"). Un'analisi di quell'evento, da lui commentato, si trova in Franco Tosco (a cura di), *Fare il dentista è un'impresa*, ed. Tueor, Torino, 2010, cap, 9, con il titolo: "Marketing e Organizzazione: un case history".

8 È naturalmente ovvio che i dati di rilevamento debbano essere utilizzati. Anzi, gli obiettivi devono essere ben presenti prima ancora di iniziare il rilevamento per sostenere l'attenzione richiesta già in fase di somministrazione.

9 In questo caso il materiale della proiezione è stato realizzato graficamente in formato ppt.

La qualità percepita: il metodo in un case history (seconda parte)

Percezione della qualità professionale: parametri utilizzati dai pazienti[1]

F. Tosco

I passaggi di questo terzo momento, per raggiungere gli indicatori utilizzati dai pazienti per stabilire la qualità della professionalità dell'operatore clinico, prevedono:
- individuazione degli operatori clinici di riferimento, in modo da sapere a quali pazienti chiedere la compilazione del questionario;
- domande mirate a individuare gli indicatori utilizzati per comprendere com'è intesa la professionalità nelle varie aree professionali:

1. del medico (considerata nella prima parte dell'indagine con un tasso positivo del 93,6);
2. dell'igienista (considerata nella prima parte dell'indagine con un tasso positivo del 93,8);
3. dell'assistente (considerata nella prima parte dell'indagine con un tasso positivo dell'88,7);
4. della segreteria;

- domande mirate a individuare gli indicatori utilizzati per comprendere il livello di igiene ambientale percepita (considerata nella prima parte dell'indagine con un tasso positivo del 95,9);
- domande mirate a individuare gli indicatori utilizzati per comprendere la qualità della sterilizzazione dei ferri (considerata nella prima parte dell'indagine con un tasso positivo del 92,4).

Come già detto nella precedente parte 1 della ricerca, occorre individuare meglio quali sono i parametri utilizzati dai pazienti per giungere alla percezione della qualità professionale. Qual è il percorso che porta il paziente ad affermare, alla f ne del trattamento: questo medico possiede le capacità professionali che cercavo?

Esso si pone come indispensabile per ottenere il rilevamento di dove si annidano le difficoltà di comprensione del paziente. La difficoltà di percezione della qualità è collocata, per il paziente, nella sfera della specifica professionalità clinica del dentista. Che il paziente non conosca i materiali utilizzati è fuor di dubbio, poiché i medici stessi hanno talvolta difficoltà a seguire tutte le innovazioni scoperte dal settore della ricerca. Non conosce poi le innovazioni sul fronte delle attrezzature, soprattutto dopo l'ingresso e l'attuale uso massiccio dell'elettronica. Non conosce il motivo per cui sono seguite molte metodiche, che può percepire come perdita di tempo e non vederle come indispensabili per garantire la sterilità nello spazio clinico. Per contro i pazienti, vivendo nel nostro contesto sociale sono, come tutti noi siamo, in grado di cogliere aspetti metaclinici anche in modo molto raffi nato: colori, odori o profumi, suoni, luci, modalità di accoglienza, puntualità ecc. Ma se su questi aspetti è possibile intervenire con sostanziale sicurezza di toccare aspettative reali, su quelli connessi con lo "specifico clinico" non si hanno le stesse certezze. Anche perché, quello della qualità percepita, è un problema relativamente nuovo. Nella sua storia operativa, il mondo clinico sanitario - e in particolare il dentista – ha raramente avuto di fronte un interlocutore che poneva la richiesta di entrare nel merito "tecnico" dell'azione svolta. Dai prodotti utilizzati, ambito su cui i cosiddetti inserti sulla salute dei vari organi dei media ci sguazzano a fini meramente commerciali, alle discussioni sulle applicazioni tecnologiche avanzate, esempio laser sì, laser no, alle metodiche di soluzione clinica più avanzate rispetto a precedenti metodologie. Siccome tutti questi aspetti della percezione del paziente ruotano attorno al

concetto di professionalità, essa va meglio chiarita con un terzo momento di rilevamento. Si utilizzerà sempre il questionario, anche qui si avranno non più di una decina di domande a risposta chiusa, si coinvolgerà il paziente con l'obiettivo di ottenere un servizio migliore. La disponibilità dei pazienti, se la richiesta viene formulata in modo corretto, abbiamo già visto come sia aumentata in modo notevole nel secondo rilevamento, quello appunto riguardante la qualità percepita. La prova l'abbiamo nel vedere come siano praticamente scomparsi tutti i non risposto per quasi tutti gli items. L'obiettivo di addentrarsi in un'ulteriore e più approfondita analisi è giustificato dal fatto che ne devono scaturire azioni concrete, dei cambiamenti più o meno importanti nell'approccio quotidiano con la clientela. È evidente che la parte preponderante sarà orientata all'uso del linguaggio e alle modalità della descrizione e della spiegazione. Saranno necessari supporti visivi. Diventerà elemento sostanziale costruire una corretta filiera di lavorazione per ottenere il risultato a cui si mira. L'indagine sul pacchetto-clienti e sulla sua composizione, in qualunque azienda la si conduca e ormai quasi tutte le aziende che fanno qualità la realizzano (tenendo costantemente sotto controllo la variazione nella clientela), deve tradursi in azioni che ne migliorano l'immagine e di conseguenza la produzione. Anche lo studio odontoiatrico, essendo un'azienda, deve essere cosciente che la sua finalità è di produrre utili. In un campo particolare com'è la salute, e con metodologie particolari, ma alla fine devono esserci degli utili quantificabili. Quindi la ricerca e l'analisi, indispensabili per l'azienda, non sono fine a se stesse come se fossimo in un laboratorio, ma devono tradursi in azioni che ne favoriscano il raggiungimento[2].

Dati generali: pazienti e operatori clinici

Le caratteristiche dei pazienti a cui è stato somministrato il questionario di approfondimento sono le stesse, ovviamente, che si presentano nel rilevamento precedente. I 4 medici di riferimento scelti dalla proprietà per valutare, da parte dei pazienti, il livello di professionalità, operano rispettivamente nelle specializzazioni di protesi, chirurgia, conservativa ed endodonzia, ortodonzia. Le prime visite, e i conseguenti piani di cura, sono eseguite dallo stesso medico, fatta eccezione per chirurgia, dove è lo stesso specialista a formulare il piano di cura.

Parametri di valutazione per la percezione della professionalità indicati dai pazienti in generale

I pazienti, nello studio di riferimento, utilizzano strumenti di valutazione della professionalità che esulano sostanzialmente sempre da quelli clinici. Ciò vale per tutti gli operatori presenti, qualunque sia la funzione che sono chiamati a svolgere. Come si può vedere dalle tabelle successive, la professionalità è individuata nelle attenzioni che gli operatori rivolgono al paziente, alla costruzione nel tempo della fiducia, alla comprensione delle spiegazioni che vengono fornite.
Le igieniste devono fornire "consigli utili": è individuato come elemento sostanziale di professionalità. Le assistenti sono giudicate professionali con indicazioni di parametri non diversi da quelli richiesti al medico. Le segretarie sono valutate al primo impatto: devono essere cortesi e devono saper sorridere. È fondamentale aprire le confezioni dei ferri sterili davanti al paziente. È poi determinante saper cogliere le reali urgenze, poter avere accesso veloce alla linea telefonica libera, trovare i locali ordinati. Tutto il resto va bene se c'è, ma non sembra costituire importante indicatore per valutare la maggiore o minore professionalità. Resta comunque vero che la capacità tecnica non rientra tra i parametri utilizzati dai pazienti per valutare la professionalità. Pare che la capacità tecnica sia data per scontata.

Rispetto ai medici

	sì	no	nr
Spiegazione preventiva	63,5	35,9	0,6
Attenzione nel mettere a proprio agio il paziente	61,4	38	0,6
Puntualità	60,8	38,6	0,6
Capacità di instaurare un rapporto di fiducia nel tempo	55,3	44,1	0,6
Utilizzo di strumentazione di supporto adeguata e moderna	54,4	44,9	0,6
Spiegazione durante la seduta	53,2	46,2	0,6
Chiarezza dell'esposizione	52,5	46,8	0,6
Spiegazione sugli effetti della specifica terapia effettuata	51,3	48,1	0,6
Capacità di personalizzare il piano di trattamento terapeutico	47	52,3	0,6
Attenzione al paziente come persona	40,5	58,9	0,6
Capacità di ascoltare	35,7	63,7	0,6
Non rispondere al telefono durante il trattamento	30,2	69,2	0,6
Chiamata del paziente dopo l'intervento	27,2	72,2	0,6
Informazioni sulla salute in generale	16,7	82,7	0,6
Attenzione all'immagine e cura della propria persona	16,2	83,1	0,6

Rimandare a valutazioni successive o a un consulto con uno specialista	**13,7**	**86,7**	**0,6**
Esposizione del titolo di laurea e di specializzazione	**12,4**	**86,9**	**0,6**
Lavorare a porte chiuse	**11,8**	**87,6**	**0,6**
Identificazione sulla divisa	**10,8**	**88,6**	**0,6**
Scherzoso e abitualmente disponibile alla battuta	**10,3**	**89,1**	**0,6**
Esposizione degli attestati di partecipazione a corsi e convegni	**8,4**	**90,9**	**0,6**
Parlare di soldi oppure no	**5,9**	**93,5**	**0,6**

Rispetto alle Igieniste

	sì	**no**	**nr**
Capacità di fornire consigli utili	**76,6**	**19,2**	**4,2**
Capacità di esporre chiaramente le motivazioni dell'igiene	**58**	**37,8**	**4,2**
Capacità di lavorare in équipe con l'odontoiatra	**55,5**	**40,3**	**4,2**
Capacità di stabilire un rapporto di fiducia nel tempo	**49,8**	**46**	**4,2**
Capacità di ascoltare	**35**	**60,8**	**4,2**
Non rispondere al telefono durante il trattamento	**28,3**	**67,5**	**4,2**
Lavorare a porte chiuse	**13,7**	**82,1**	**4,2**
Identificazione sulla divisa	**11,4**	**84,4**	**4,2**

Rispetto agli assistenti

	sì	no	nr
Capacità di mettere il paziente a proprio agio	**66,2**	**31,2**	**2,5**
Ordine e pulizia della sala operatoria	**64,8**	**32,7**	**2,5**
Capacità di assistere e aiutare il medico alla poltrona	**64,3**	**33,1**	**2,5**
Cortesia e sorriso	**57,6**	**39,9**	**2,5**
Capacità di fornire sostegno e informazione durante la terapia	**36,5**	**61**	**2,5**
La relazione con il paziente alla poltrona	**33,3**	**64,1**	**2,5**
Aiutare il paziente a capire le procedure interne allo studio	**30,4**	**67,1**	**2,5**
Rispondere al telefono durante la seduta ma non disturbare il medico	**20,3**	**77,2**	**2,5**
Accompagnamento del paziente durante gli spostamenti	**19,2**	**78,3**	**2,5**
Attenzione all'immagine e cura della persona	**18,6**	**78,9**	**2,5**
Aiuto durante la fase di dimissioni del paziente	**13,1**	**84,4**	**2,5**
Identificazione sulla divisa	**11,2**	**86,3**	**2,5**

Rispetto alle segretarie

	sì	no	nr
Cortesia e sorriso	**66,0**	**30,4**	**3,6**
Velocità di smistamento in entrata e in dimissioni	**47,5**	**48,5**	**3,6**
Capacità di capire e risolvere un problema particolare	**47,5**	**48,9**	**3,6**
Elevato grado di riservatezza	**42,0**	**54,4**	**3,6**
Capacità di sostenere il rapporto tra medico e paziente	**41,4**	**55,1**	**3,6**
Capacità di soluzioni diversificate e personalizzate per ogni paziente	**40,7**	**55,7**	**3,6**

Capacità di interagire con il medico senza interromperne il lavoro	**30,8**	**65,6**	**3,6**
Ordine del bancone	**30,6**	**65,8**	**3,6**
Non rispondere al telefono durante il colloquio con un paziente	**16,2**	**80,2**	**3,6**
Identificazione sulla divisa	**10,3**	**86,1**	**3,6**
Presenza in segreteria di personale non addetto	**3,2**	**93,2**	**3,6**

Rispetto al grado di pulizia degli ambienti e di sterilizzazione delle attrezzature

	sì	**no**	**nr**
Apertura delle confezioni sterili davanti al paziente	**82,7**	**14,1**	**3,2**
Utilizzo della pellicola monouso a protezione di parti delle macchine	**67,9**	**28,9**	**3,2**
Applicazione delle norme più avanzate per disinfezione strumentario e ambienti	**65,0**	**31,9**	**3,2**
Sterilizzazione dell'aria e dell'acqua	**49,6**	**47,3**	**3,2**
Ordine della sala di attesa	**33,3**	**63,5**	**3,2**
Bagni dei pazienti	**30,8**	**66,0**	**3,2**
Sterilizzazione a vista con porta aperta e con vetrate	**20,5**	**76,4**	**3,2**
Cartelli informativi	**17,7**	**79,1**	**3,2**

Rispetto al grado di organizzazione dello studio

	sì	**no**	**nr**
Valutazione adeguata dell'urgenza	**60,8**	**34,8**	**4,4**
Facilità di entrare in contatto telefonico con lo studio	**59,7**	**35,9**	**4,4**
Ordine degli ambienti	**53,0**	**42,6**	**4,4**
Possibilità di ricevere informazioni	**47,9**	**47,7**	**4,4**
Capacità di personalizzare il piano di trattamento economico	**39,0**	**56,5**	**4,4**
Attenzione alla riservatezza	**37,3**	**58,2**	**4,4**

Calore e accoglienza dell'ambiente	**37,1**	**58,4**	**4,4**
Programma adeguato per la prevenzione (soprattutto i bambini)	**35,7**	**59,9**	**4,4**
Cartelli informativi	**34,0**	**61,6**	**4,4**
Attenzione ai nuclei famigliari (single, famiglie numerose, pensionati)	**30,0**	**65,6**	**4,4**
Servizio di informazione adeguato alle moderne tecnologie (internet)	**28,9**	**66,7**	**4,4**
Esposizione dell'elenco dei clinici e indicazione della specialità trattata	**28,7**	**66,9**	**4,4**
Tempo trascorso fra la richiesta e la risposta	**28,5**	**67,1**	**4,4**
Giornali e pubblicazioni aggiornate in sala d'attesa	**15,8**	**79,7**	**4,4**
Esposizione di quadri e opere d'arte	**7,4**	**88,2**	**4,4**

Uso dei risultati

L'analisi sulla qualità percepita dai clienti va naturalmente tarata per ogni situazione. Entrano in gioco gli aspetti del territorio (abitudini, lingua, tradizioni, fasce culturali ecc.), gli operatori presenti nella struttura, la mission della società di servizi alla persona a cui si richiede una prestazione[3]. Tuttavia alcuni passaggi, nell'utilizzo dei risultati sintetici finali, seguono le stesse procedure.

- momento di discussione interna tra gli operatori e messa a punto delle correzioni per modificare gli aspetti negativi emersi;
- eventuale formazione degli operatori, soprattutto rispetto alla precisione linguistica e terminologica, per un migliore allineamento a quanto indicato dai pazienti come principale indicatore di professionalità;
- applicazione nello studio dei suggerimenti forniti dai pazienti e controllo sistematico delle correzioni apportate;
- precisazioni scritte sui vari social media e social network utilizzati nello studio (facebook, blog, twitter, newsletter, ustream ecc.) e rivolti, con obiettivi diversi, ai pazienti dello studio.

Note

1 Questa parte del case history è la continuazione di quanto realizzato finora nello Studio Rossini di Monguzzo (Co), Studio con il quale stiamo collaborando da tempo. (cfr. www.rossiniodontoiatri.it – fb: "studio rossini odontoiatri"). L'utilizzo di questi dati è stato concesso dal Titolare dott. Michele Rossini. Il dott. Rossini ha pubblicato un articolo di sintesi finale sul rilevamento del customer satisfaction, e dell'uso che è possibile farne, sulla propria newsletter abitualmente inviata ai pazienti.

2 I risultati dell'analisi di questa seconda parte dovranno essere utilizzati soprattutto a fini interni, in modo da avere le conoscenze corrette per guidare i pazienti alla percezione esatta dell'eccellenza della professionalità aziendale e su quali elementi effettivamente si basa.

3 È naturalmente diverso il metro utilizzato per valutare la professionalità di un commercialista, di un fiscalista, di un consulente del lavoro, di una società di organizzazione aziendale e di un operatore clinico.